.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Comunicación para la desmanicomialización : análisis comunicacional de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Milagros Mercedes Mon

Milca Cuberli, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2017

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera Ciencias de la Comunicación Social

Tesina de Grado

Comunicación para la desmanicomialización

Análisis comunicacional de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tesista

Milagros Mercedes Mon

35.863.759

milagrosm.mon@gmail.com

1533293442

Tutora:

Milca Cuberli

milca.cuberli@gmail.com

Octubre, 2017

Toda teoría de la salud y la enfermedad implica
y reenvía a una concepción del sujeto,
del mundo y de la historia que lo fundamenta
Pichon Riviere

Cuando decimos no al manicomio, decimos no a la miseria del mundo,
y nos unimos a todas las personas que en mundo
luchan por una situación de emancipación.
Franco Basaglia

INDICE

ABSTRACT 1
PRESENTACION 2
INTRODUCCION 3

CAPITULO I 5
1.1 Principales lineamientos político legislativos para la salud mental en CABA 6
1.2 Sistema de Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 12

CAPITULO II - ESTADO DEL ARTE 20
2.1 Análisis de la legislación y su implementación 21
2.2 Interdisciplina y salud mental 23
2.3 Comunidad y salud mental 24
2.4 Experiencias desmanicomializadoras 25

OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION 27

CAPITULO III - MARCO TEORICO 29
3.1 Campo de la Comunicación y la Salud 30
3.2 El paradigma desmanicomializador 35
3.3 La Comunicación desde una perspectiva relacional 38

CAPITULO IV - MARCO METODOLOGICO 41
4.1 Enfoque y técnica: una mirada desde los actores 41
4.2 Contexto de desarrollo del trabajo de campo 44

CAPITULO V - ANALISIS 47
5.1 Lo instituido y lo instituyente 48
5.2 Interdisciplina y abordaje comunitario: El rol de la formación 53
5.3 Una constante: recursos insuficientes 59
5.4 La internación: un significante en disputa 63
5.5 Comunicación para la desmanicomializacion 67

CAPITULO VI - CONCLUSIONES 74
6.1 Recursos y discursos: Algunas reflexiones en torno a los ejes de análisis 75
6.2 Consideraciones metodológicas 79
6.3 La mirada comunicacional: El aporte de la comunicación
al proceso de desmanicomialización 83

BIBLIOGRAFIA 85

ANEXO 91

AGRADECIMIENTOS

A mis antiguos compañeros y compañeras Tomates, que han sabido instalar en mi, jueves a jueves, la militancia por el derecho a la salud, el lenguaje de la desmanicomialización y la pregunta insistente por el rol de la comunicación en los procesos de enfermedad, salud y atención.

A Lila, Lucas y Barbi, con quienes nos hemos acompañado en estos largos y hermosos años de desencaje de nuestras propias creencias, de apertura hacia nuevas preguntas, de experiencias enriquecedoras, discusiones y aprendizajes. A Milca Cuberli, ante todo por ser la primera en acercarme al campo de la comunicación y la salud, y por el acompañamiento en este trabajo, su buena predisposición constante, la mirada en los detalles, la confianza y la apertura a nuevos espacios de aprendizaje.

A todos los profesionales que se han tomado el tiempo para conversar conmigo, y a todos los que todos los días le ponen el cuerpo a garantizar el derecho a la salud de todos y todas.

ABSTRACT

La presente tesina se propone analizar los alcances de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La normativa señala la importancia de un abordaje integral de la salud mental que se sostenga en el trabajo de equipos interdisciplinarios y además, establece la importancia de la comunidad y el entorno a la hora de llevar adelante un tratamiento en esta materia. Teniendo en cuenta esos puntos centrales de la ley nacional, el objetivo de la presente tesina consiste en indagar los alcances de la norma en relación a la conformación de equipos interdisciplinarios y el desarrollo de prácticas comunitarias que los mismos llevan, o no, adelante. También será objeto de esta investigación indagar la mirada que los profesionales de la salud poseen de la comunicación como instancia estratégica para llevar adelante un proceso de desmanicomialización.

Para cumplir con estos objetivos se ha desarrollado una investigación desde un enfoque cualitativo comprendiendo un estudio exploratorio y descriptivo a partir del desarrollo de entrevistas a profesionales del campo de la salud mental insertos en diversos efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El trabajo de campo ha ido realizado entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016.

PRESENTACION

En noviembre de 2010 se sanciona en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) Dicha normativa define la salud mental como un proceso integral atravesado por factores que no se agotan en lo biológico, y sienta las bases, desde el tratamiento de diversas aristas, para el abordaje de la salud mental desde un paradigma desmanicomializador y una perspectiva de derechos. La LNSM promueve una mirada amplia de la salud mental, entendiéndola como un proceso atravesado por componentes culturales, históricos, sociales, económicos, y no solo biológicos o psicológicos. Por lo tanto, generar políticas públicas de salud mental no puede ni deben agotarse en lineamientos clínicos. Se abre un campo para pensar la salud mental desde una perspectiva integral, involucrando la interdisciplina y la atención primaria en salud como puntos estratégicos y fundamentales para el abordaje de los padecimientos mentales.

La presente tesina se propone describir y analizar la implementación de la LNSM en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la perspectiva de los profesionales insertos en diversos efectores del sub sistema público de salud. Poniendo el foco especialmente, en el desarrollo de equipos de trabajo interdisciplinarios, la implementación de prácticas comunitarias y la mirada que los profesionales poseen de la comunicación en tanto posible estrategia para la desmanicomialización.

INTRODUCCION

La presente tesina se propone describir y analizar la implementación de la LNSM en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El foco estará puesto, puntalmente en la conformación de equipos interdisciplinarios y el desarrollo de prácticas comunitarias. Además, y particularmente, dar cuenta de las concepciones que los profesionales poseen de la comunicación como herramienta para la desmanicomialización, para poder conocer los aportes que, desde nuestro campo, podemos realizar para lograr llevar adelante una política pública en salud mental desde una perspectiva desmanicomializadora.

En el primer capítulo del trabajo desarrollaremos los lineamientos políticos legislativos para la salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dando cuenta además de los hitos internaciones que se han dado en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular. Además, abordaremos una breve descripción del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deteniéndonos particularmente en el sistema de salud mental.

En el segundo capítulo presentaremos el Estado del Arte, dando cuenta de diversas investigaciones que han abordado temáticas objeto del presente trabajo. Presentaremos investigaciones que analizan la legislación y su implementación, trabajos referidos a la interdisciplina, investigaciones vinculadas a la comunidad y salud mental y experiencias que se han desarrollado desde una perspectiva desmanicomializadora. También detallaremos los objetivos y preguntas centrales de la presente tesina.

En el tercer capítulo abordaremos el Marco Teórico, que aporta con sus categorías teóricas al análisis del desarrollo de los resultados obtenidos. Allí desplegaremos los conceptos centrales que se ponen en dialogo en esta investigación, y que serán centrales para llevar adelante los análisis posteriores.

En el cuarto capítulo, daremos cuenta de la metodología utilizada para el desarrollo del presente trabajo. Detallaremos el enfoque de la investigación realizada, como así también las técnicas utilizadas y las etapas del trabajo, brindando además una descripción acerca del contexto de realización del trabajo de campo.

En el quinto capítulo analizaremos lo datos extraídos del trabajo de campo realizado. Asimismo, desarrollaremos puntos de análisis que han surgido como emergentes de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo.

Por último, en el capítulo seis, detallaremos las principales conclusiones a las que hemos arribado. También abordaremos algunas consideraciones metodológicas, dando cuenta de las redefiniciones y redireccionamienos que se dieron a lo largo de la investigación y brindaremos algunas propuestas de análisis para encarar futuras investigaciones bajo la misma temática.

CAPITULO I

El presente capítulo se encuentra dividido en dos apartados. En el primero describiremos los lineamientos político legislativos para la salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dando cuenta en principio de los hitos internaciones que se dieron tanto en el campo de la salud en general, incorporando una perspectiva ligada a la atención primaria en salud, como en el campo de la salud mental en particular. Luego, desarrollaremos los cambios que se dieron en el plano local, y el modo en el que dichos hitos y declaraciones internacionales cristalizaron en la normativa nacional.

En un segundo apartado abordaremos una breve descripción del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deteniéndonos particularmente en el sistema de salud mental. En este apartado indagaremos, además, datos vinculados al presupuesto destinado para el área, como así también aquellos vinculados a las internaciones en los distintos efectores.

1.1 Principales lineamientos político legislativos para la salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

En el presente apartado abordaremos un análisis histórico de los cambios políticos y legislativos a nivel nacional e internacional que han permitido o posibilitado la sanción de las normativas vigentes en salud mental desde un paradigma desmanicomializador. Las legislaciones jurisdiccionales y nacionales en materia de salud mental cristalizan nominalmente un cambio de paradigma que se corre de la perspectiva médico-hegemónica, en la que se privilegia el saber médico desde una mirada biologicista y el sujeto de atención es abordado como objeto, para centrarse en el paciente y sus vínculos afectivos, sus redes de contención, su comunidad, y sus ámbitos de desarrollo personal y subjetivo. Este cambio de paradigma ha sido posibilitado por diversas modificaciones de perspectiva que se han dado en el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular. El objetivo del presente apartado es señalar aquellos marcos referenciales que condensan los cambios acontecidos.

Hitos internacionales: Hacia una nueva mirada de la salud

En el desarrollo de un modelo de salud centrado en la atención primaria y con foco en la prevención y la promoción es importante señalar, en principio, la Declaración de Alma Ata del año 1978, producida en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. En dicha declaración se señala explícitamente que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”, es decir, que se pone al sujeto de atención como agente activo del proceso de salud-atención-enfermedad. Asimismo, se plantea una definición de la atención primaria en salud que hace especial hincapié en la participación de la comunidad.

Por otro lado, es importante la Carta de Ottawa del año 1986, producto de la primer conferencia internacional sobre la promoción de la salud. En dicha carta no solo se explicitan los lineamientos de la promoción de la salud, sino que además se plantea una visión integral de la salud que no la recorta a aspectos netamente biológicos. Pero además, en este documento se deja asentado que la promoción para la salud requiere de la participación activa y efectiva de los agentes de la comunidad no solo en la puesta en marcha, sino en la planificación y la toma de decisiones.

Ambas declaraciones nos permiten ver el cambio de escenario que acontece en el campo de la salud abandonando (o cuestionando) el modelo médico hegemónico con perspectiva biologicista, que centra el saber en el médico y entiende al sujeto de atención como un objeto a ser analizado e intervenido. Ambas declaraciones se inscriben en una lógica que pone en primer plano al actor de atención, y que reconoce y valora los saberes de la comunidad y su capacidad para intervenir y planificar acciones vinculadas a su salud.

En el campo de la salud mental, en el año 1990 se lleva adelante una Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Panamericana de la Salud. De dicha conferencia surge la Declaración de Caracas. Dicho documento se inscribe en la perspectiva de los antes señalados en tanto pone el foco en la Atención Primaria de Salud, entendiendo que la misma "es la estrategia adoptada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los países miembros para lograr la meta Salud para todos en el año 2000". Pero se centra en el ámbito de la Salud Mental, y establece la incompatibilidad entre la perspectiva adoptada por las declaraciones precedente y la atención psiquiátrica convencional, y en este sentido propone la revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico. Presenta, además, lineamientos a los que deben ajustarse las legislaciones de los países asegurando los derechos humanos y civiles y promoviendo la organización de servicios comunitarios de salud mental.

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora el Informe sobre la Salud en el Mundo, un documento que aborda específicamente el campo de la salud mental. En la introducción de dicho documento se plantea que "el mensaje de la OMS es muy sencillo: la salud mental – a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece – es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva". En línea con las declaraciones antes mencionadas, el informe de la OMS señala como recomendaciones: abocar el tratamiento a la atención primaria, prestar asistencia en la comunidad, involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios, y establecer vínculos con otros sectores. También explicita la necesidad de avanzar en materia legislativa en lo referente a la salud mental.

Además, en su capítulo número tres hace referencia a un cambio de paradigma desplegado en el campo de la salud mental. El informe plantea que a lo largo del siglo XIX la enfermedad mental se constituye en ámbito de indagación científica de la mano

del desarrollo de la psiquiatría, mientras que se desplegaban una serie de instituciones custodiales destinadas al encierro y reclusión de las personas con padecimiento en salud mental. Según el informe dicho paradigma cambia en la segunda mitad del siglo XX gracias a los avances de la psicofarmacología con el descubrimiento de nuevos tipos de medicamentos, el movimiento de derechos humanos a escala mundial y la redefinición del concepto de salud desde una perspectiva integral. En consonancia con este cambio de paradigma la OMS plantea la necesidad de desarrollar una atención centrada en lo comunitario y montada sobre el desarrollo de una amplia gama de servicios en el plano local. Se señala específicamente el surgimiento de un enfoque de desinstitucionalización, marcando la diferencia entre esta postura y la deshospitalización, y advirtiendo las consecuencias negativas del cierre de los hospitales psiquiátricos sin una red sólida de alternativas comunitarias. Asimismo, se brindan lineamientos para una atención en salud mental comunitaria.

En el año 2005 se desarrolla en Brasil la Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental, de la cual resultan los Principios de Brasilia. Los principios manifiestan su continuidad con la Declaración de Caracas. Se destaca la importancia de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y se plantea la necesidad de su reemplazo por alternativas comunitarias de atención. Se señala además, la importancia de la participación de distintos actores sociales en el desarrollo de programas y servicios de Salud Mental.

En el año 2010, habiéndose cumplido 20 años de la Declaración de Caracas, se desarrolla en Panamá la Conferencia Regional de Salud mental por parte de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Como resultado de dicha conferencia el Consenso de Panamá establece la necesidad de un continente sin manicomios para el año 2020. Se plantean los mismos lineamientos trabajados en las anteriores declaraciones y se aborda la necesidad de que los países asignen recursos para el desarrollo de políticas en materia de salud mental. También se establece que se instará a los estados miembros para que fortalezcan sus marcos legales con el objetivo de proteger los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Cambios en el plano local

En el plano local, la sanción de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 1996, marca algunos antecedentes en materia de salud mental. El texto constitucional en su artículo 21, inc. 12 señala que “las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”. En el año 1999 se ratifican y amplían los lineamientos de la Constitución, a partir de la sanción de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Nº 153, en donde se reconoce la necesidad de que la salud mental cuente con una legislación específica, respetando los siguientes lineamientos:

1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas.

2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.

3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

Años después tanto en el plano local, como en el plano nacional contaremos con la legislación en materia de salud mental donde cristalizan las concepciones plasmadas en las diversas declaraciones internacionales. En el año 2000 se sancionó la Ley de Salud mental, ley Nº 448, de la Ciudad de Buenos Aires, y en el 2004 se produjo su reglamentación. La ley está dividida en dos apartados, uno denominado "La salud mental en la Ciudad de Buenos Aires" y el otro "Regímenes de internación". El primero aborda la perspectiva de salud mental de la ley, delimita la autoridad de aplicación y plantea la organización del sistema y los recursos de salud. El segundo apartado refiere específicamente a las internaciones voluntarias, involuntarias y judiciales. Las definiciones de la ley se encuentran en relación con los criterios de las declaraciones

internacionales antes expuestas: se plantea que la salud mental es un proceso determinado histórica y culturalmente, que es inescindible de la salud integral y su relación con otros derechos como la vivienda y el trabajo. Además, se plantea un enfoque de redes que privilegia el trabajo intersectorial e interdisciplinario inscripto en la comunidad. De esta forma se busca salir del paradigma hospitalocéntrico para pasar a un modelo de atención en salud mental comunitaria.

Ernestina Rosendo (2009), analiza la ley y señala las controversias que la misma generó. La autora plantea que dentro de los participantes en la discusión de la ley, dos grupos de actores se enfrentaron. Por un lado los defensores de las instituciones de encierro y por otro lado los defensores de un proceso de desinstitucionalización. La autora señala la multiplicidad de conflictos que la ley desplegó no sólo por posturas ideológicas, sino también por cuestiones económicas (por ejemplo: los defensores del hospital psiquiátrico denunciaban el negocio inmobiliario que se llevaría adelante en esas tierras, o los sectores gremiales denunciaban la posibilidad de pérdida de sus puestos de trabajo). Sin embargo la autora centra su análisis en el artículo 12 de la ley, que establece el acceso a la conducción de servicios por profesionales no médicos. Con esta disposición se corre del lugar central a la psiquiatría para dar lugar al trabajo interdisciplinar.

En el plano Nacional, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental, 26.657. La ley consta de 46 artículos divididos en doce capítulos. Al igual que la ley de CABA la ley nacional define la salud mental como un proceso integral atravesado por factores que no se agotan en lo biológico. También, en consonancia con la ley jurisdiccional, la ley nacional pone el foco en el trabajo de equipos interdisciplinarios (y mantiene la posibilidad de acceder a cargos de conducción por parte de profesionales no médicos). Además se regulan las internaciones, dejando en claro que la internación involuntaria debe ser un recurso excepcional, y además se establece que toda persona internada involuntariamente tiene derecho a contar con un abogado. La ley prohíbe explícitamente la creación de nuevas instituciones psiquiátricas tanto públicas como privadas, explicitando que la internación debe realizarse en hospitales generales. También refiere a la formación de profesionales, y el adecuamiento de las universidades a los principios expuestos en la normativa. Asimismo crea un Órgano de Revisión dependiente del Ministerio de Defensa. A diferencia de la ley de CABA, la Ley Nacional pone especial hincapié en el abordaje del

consumo problemático de sustancias en el marco de las políticas de salud mental. La ley fue reglamentada en el 2013 mediante el decreto 603/2013.

Ambas normativas brindan el marco jurídico para la implementación de una política pública en materia de salud mental desde una perspectiva de derechos.

1.2 Sistema de Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En este apartado describiremos los efectores públicos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y su organización. Aclaramos que utilizaremos una concepción restringida de sistema de salud (Bonazzola: 2010) abocándonos solo al componente prestador y nos centraremos en la descripción de los efectores públicos, a los fines de poder brindar un panorama descriptivo que nos permita, posteriormente, adentrarnos en el análisis de algunas variables locales.

Desde 1984 el sistema sanitario distrital se halla regionalizado en 12 áreas programáticas, con cabecera en otros tantos hospitales generales de agudos, de los que a su vez dependen los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Lemus: 1990). El Área Programática de un establecimiento es una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico–administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita (Lemus, 1988). Como responsabilidad de estas áreas queda la organización y coordinación de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC). "Los CESAC son establecimientos que se encuentran insertos dentro de los barrios, especialmente en las zonas donde habita la población con necesidades básicas insatisfechas, y que implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad que habita en el área, acorde a los principios de atención primaria de la salud" (Muntaabski, Chera, Daverio y Duré: 2001). Se inscriben en el primer nivel de atención y tienen su eje, por lo tanto, en la promoción y la prevención de la salud.

En 1999 se sanciona en la Ciudad la Ley Básica de Salud (CABA, Ley Nº 153), la cual estableció un marco normativo para el sistema de salud de la CABA, y además delimito la organización territorial del mismo. De acuerdo a la ley la Ciudad de Buenos Aires se encuentra dividida en cuatro regiones sanitarias. Cada región es un espacio geográfico delimitado "en función de factores: políticos, comunales, poblacionales, epidemiológicos y educativos; los recursos ya existentes y la inequidad geográfica presente en la oferta, entre otros"[1]. Asimismo, las regiones se encuentran integradas por áreas de salud, definidas como las unidades locales de organización territorial del subsector estatal de salud (Bonazzola: 2010). Las áreas de salud responden a una

[1] Guía de recursos y derivación de Salud Mental 2014/2015. Ciudad de Buenos Aires.

delimitación geográfico poblacional que será coincidente con la división territorial propuesta para las comunas.

Organizados territorialmente de la manera descripta, la Ciudad de Buenos Aires cuenta con los siguientes efectores de salud: Hospitales Generales, Hospitales Generales de Niños, Hospitales especializados, Centros de Salud y Acción Comunitaria, Centros Médicos Barriales, Centros de Salud Mental y Centros Odontológicos infantiles.

Sistema de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El sistema público de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires esta compuesto por:

a) Hospitales psiquiátricos. Existen cuatro hospitales psiquiátricos monovalentes de tipo asilar: Psiquiátrico Infanto-Juvenil Dra. Carolina Tobar García, de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Dr. José T. Borda y Dr. Braulio Moyano.

b) Centros de Salud Mental (CSM). Existen dos para toda el área metropolitana: el Nº 1 Dr. Hugo Rosarios y el Nº 3 Arturo Ameghino.

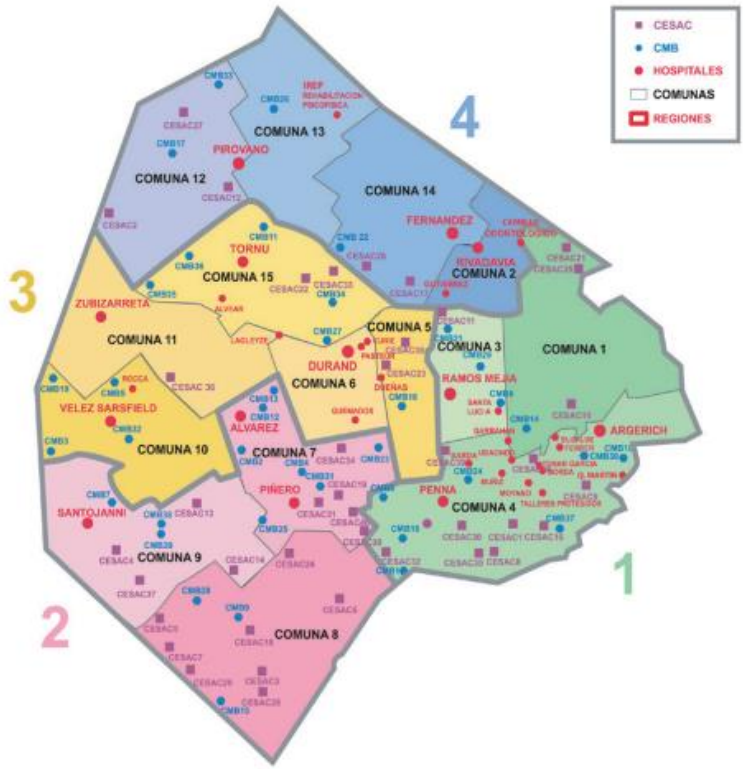
c) Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC). Existen 45 con una distribución azarosa (mientras que en Villa Lugano existen ocho centros, en Boedo o Constitución no hay ninguno)

d) Centros Médicos Barriales (CMB). Hay 35 Centros Médicos Barriales que se integran dentro de las áreas programáticas de diferentes Hospitales Generales.

e) Programas y Redes. Existe una diversidad de Programas y Redes que no integran el organigrama de los hospitales generales o de las regiones sanitarias en una dependencia presupuestaria particular. Se trata de los Programas de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Pivesam); Violencia, Salud Mental y Desastres; Salud Mental y SIDA; AdoP-AdoPi (Atención domiciliaria psiquiátrica-psicológica-social en situaciones de crisis y Atención domiciliaria psiquiátrica-psicológica-social infantil en situaciones de crisis); de Salud Mental en Adultos Mayores; de Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos; de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia; de Asistencia-Rehabilitación con Inclusión Social. También funcionan las redes de Guardias de Salud Mental, de Trastornos de la Alimentación, de

Musicoterapia y el Programa de Emprendimientos Sociales, Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.[2]

Además existen trece Hospitales Generales de Agudos que cuentan con Servicios de Salud Mental, dos Hospitales Generales de Niños con Servicios de Salud Mental (uno de ellos con internación) y once Hospitales Especializados en otras patologías con Servicios de Salud Mental (atienden solo la demanda interna del hospital). La cobertura de urgencia está dada por el SAME, el Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear", el Hospital Infanto Juvenil "Dra. C. Tobar García", las Guardias Interdisciplinarias de Salud Mental que se encuentran en los Hospitales Generales y las Guardias Toxicológicas (Son tres. Dos funcionan en Hospitales Generales de Niños y una en un Hospital General de Agudos).



Fuente: Guía de recursos y derivación de Salud Mental 2014/2015. Dirección general de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

[2] Fuente: Informe CELS 2015. "Un informe sobre derechos humanos y Salud Mental en Argentina". Disponible en: http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/wp-content/uploads/2015/05/12-Eldesaf%C3%83%C2%ADo-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental.pdf

De acuerdo a los lineamientos legislativos descriptos anteriormente una de las prioridades en el abordaje de las problemáticas de salud mental refiere a la desinstitucionalización, es decir, el progresivo abandono de los Hospitales Monovalentes como modalidad prioritaria de atención, y consecuentemente de las internaciones prolongadas. En este sentido, se ha abordado la implementación de áreas de atención de salud mental que incluyan equipos interdisciplinarios y camas de internación en los Hospitales Generales. De acuerdo con el decreto 635/2004 dichos equipos deben estar conformados por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social (también se incorporarían enfermeros que trabajen en dichos efectores como parte del equipo). Además, mediante el decreto 1551, se amplían las estructuras de las guardias, incorporando a los profesionales de salud mental a la dotación diaria de las áreas de urgencia.

En el año 2014 el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires publicó un informe donde analiza esta situación en particular. En dicho documento se describen las dificultades que atraviesa actualmente el sistema público de salud para poder garantizar dichas internaciones en el marco de lo establecido por la legislación. En particular se señala la prolongación de internaciones involuntarias o innecesarias por falta de recursos suficientes y/o falta de dispositivos alternativos intermedios. Se delimitan, además, diversas irregularidades como la falta de puesta en funcionamiento de unidades de internación por salud mental en Hospitales Generales (sólo dos hospitales generales cuentan con unidades de internación), la marcada atomización de estrategias de intervención de cada hospital y la falta de un Plan de Salud Mental de la Ciudad (el cual es obligación de la autoridad de aplicación, según el art. 5 de la Ley N° 448, y que ha terminado en el año 2006). En lo referente a los equipos interdisciplinarios en guardias, los nombramientos comenzaron a efectivizarse a mediados del 2008, y en muchos casos cuentan con la vacancia de algún profesional. Según dicho documento muchos de los profesionales señalan que sus tareas se han incrementado a partir de esta labor profesional, sin contar con la capacitación y el fortalecimiento institucional suficiente para poder abordarlas.

El documento concluye que la adecuación de los Hospitales Generales de Agudos en materia de Salud Mental en CABA se encuentra en un estancamiento. En principio porque no se ha cumplido con la obligación de abrir plazas para internación en dichos hospitales. Pero a esto se le suma la falta de dispositivos intermedios para facilitar el egreso de las personas internadas, es decir, que no se ha establecido una Red

de Salud Mental que pueda abordar las derivaciones necesarias para garantizar los derechos de los usuarios.

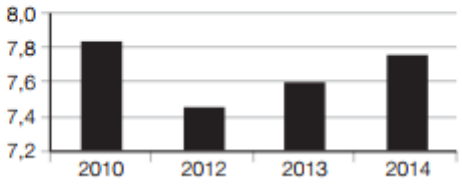
En relación al nivel primario de atención la Asesoría General Tutelar realizó un estudio en los CESAC del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Entendiendo que en relación a los lineamientos legislativos dicho nivel de atención es fundamental para poder abordar un tratamiento interdisciplinario e intersectorial de la salud mental que contemple las problemáticas desde una perspectiva integral, el foco estuvo puesto en los centros de salud. De dicho informe se desprende que la legislación no ha generado cambios significativos en las prácticas de los profesionales. Si bien los profesionales valoran el trabajo interdisciplinario e intersectorial, la falta de lineamientos claros genera que dichas prácticas queden a merced de la voluntad de los profesionales.

Datos en materia de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presupuesto para salud mental

La Ley Nacional de Salud Mental obliga al Poder Ejecutivo a incrementar progresivamente las partidas presupuestarias destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10%. Sin embargo en la Ciudad de Buenos Aires no alcanza un 8% del presupuesto.

Gráfico 2. Presupuesto total asignado al programa "Atención en Salud Mental" (en porcentajes)



Fuente: CELS, 2015. "Un informe sobre derechos humanos y Salud Mental en Argentina".

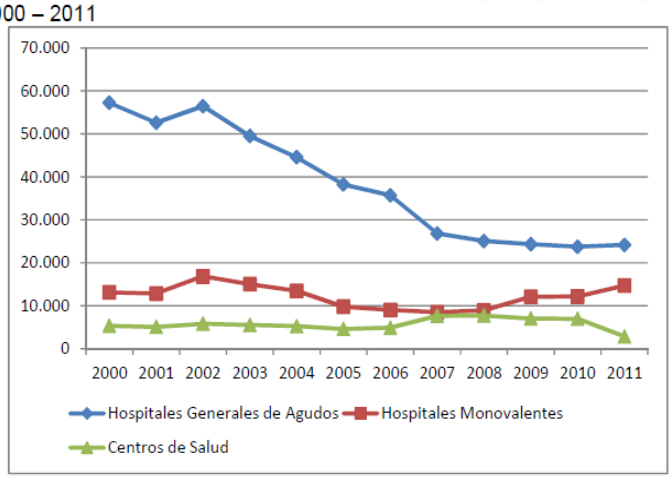
En el año 2012 un 83 % del gasto total de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud mental fue destinado a hospitales monovalentes, incrementándose en el 2013 al 86%. A la inversa, la participación del gasto destinado a la atención ambulatoria

(Centros de Salud), como los denominados “Programas Residenciales y de Reinserción social” y a los Talleres Protegidos, se reduce del 17% en 2012 al 14% en 2013.[3]

Internaciones y permanencias de usuarios de salud mental

En el caso de las internaciones y la permanencia de los usuarios un documento elaborado por la Asesoría General tutelar[4] realiza un análisis sobre el periodo 2000-2010, tomando los siguientes efectores de salud mental de la Ciudad: Hospitales Generales de Agudos, Hospitales Monovalentes y los Centros de Salud Mental N° 1 y 3. En base al análisis de datos oficiales se manifiesta una tendencia decreciente tanto en admisiones como en prestaciones en todos los efectores. Sin embargo, esta tendencia es más significativa en los Hospitales Generales de Agudos. La única excepción a esta tendencia la marcan las admisiones en los Hospitales Monovalentes, las mismas registran un aumento del 12,1 % entre el 2000 y el 2011. Podemos inferir que la falta de dispositivos intermedios o alternativos de internación genera que la mayor cantidad de admisiones se siga canalizando mediante los hospitales monovalentes, cuando en virtud de las legislaciones esto debería ser evitado.

Gráfico 1: Evolución de las Admisiones de Salud Mental por Tipo de Hospital /Efector. CABA. 2000 – 2011



Fuente: Asesoría General Tutelar de la Nación

[3] Datos tomados del documento “Documento N° 20: De la ley al barrio. La implementación de la Ley Nacional de Salud mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires” de la Asesoría General Tutelar. Disponible en: http://mptutelar.gob.ar//sites/default/files/dtn20_de_la_ley_al_barrio.pdf

4 “Documento N° 21: Internaciones por salud mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” de la Asesoría General Tutelar. Disponible en: http://mptutelar.gob.ar//sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf

En el análisis específico de los hospitales monovalentes, dicho documento arriba a diversas conclusiones. Se analiza la ocupación de camas y el promedio de permanencia, estas variables manifiestan una tendencia decreciente en el periodo, sin embargo, en términos absolutos la permanencia en internación sigue siendo muy extensa en los hospitales monovalentes Borda y Moyano.

Cuadro 4: Variación porcentual del porcentaje de ocupación y promedio de permanencia en internación en Hospitales Monovalentes. CABA. 2000 – 2011.

Hospital	Variación porcentual 2000 – 2011	
	Porcentaje de ocupación	Promedio de permanencia (días)
Borda	-9,3%	-1,4%
Moyano	-8,8%	-44,4%
Tobar García	-35,1%	-60,3%
T.de Alvear	-2,6%	14,3%

Fuente: Asesoría General Tutelar de la Nación

Cuadro 5: Promedio de permanencia en internación en Hospitales Monovalentes. Valores absolutos. CABA. 2000 y 2011.

Promedio permanencia (días)	2000	2011
Borda	267,9	264,2
Moyano	514,5	286,26
Tobar García	119,9	47,57
T. de Alvear	47,9	54,74

Fuente: Asesoría General Tutelar de la Nación

El documento concluye que, en relación a los datos estadísticos analizados, no se ha registrado una disminución significativa en la permanencia en las internaciones.

Asimismo, complementando este análisis, El Centro de Estudios legales y sociales (CELS) ha realizado un informe en el año 2015, donde analiza, entre otras, la situación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación a la salud mental. En dicho informe señalan que "hace siete años la política pública de salud mental en la ciudad esta indefinida" (CELS: 2015, p. 34) y además alertan que si bien el paradigma impuesto por la LNSM establece que las instituciones de encierro deben ser sustituidas, "la Comisión de Seguimiento y Evaluación de la Ley 448 de la Legislatura de la CABA

señala en su informe 76 la persistencia de los hospitales psiquiátricos monovalentes como “cabeceras” de la red que debe brindar respuestas sanitarias a los padecimientos mentales" (CELS: 2015). A la luz de los datos recabados podemos inferir que en materia presupuestaria las partidas asignadas no se corresponden con lo planteado por la legislación vigente. Asimismo, la ausencia de una disminución significativa en las internaciones señala la persistencia de una modalidad de atención centrada en el encierro y en los hospitales monovalentes como efectores centrales en materia de salud mental.

CAPITULO II

Estado del Arte

En este apartado nos detendremos en diversas investigaciones que han abordado algunos de los interrogantes objeto del presente trabajo. La indagación de las mismas ha sido enfocada, en principio, en la lectura de tesinas de grado de la Carrera Ciencias de la Comunicación. Luego, se ha ampliado la indagación a investigaciones provenientes del campo de la psicología, la psiquiatría y el trabajo social. Para esto se han consultado portales y revistas especializadas (Revista "Salud Mental y Comunidad" de la Universidad Nacional de Lanús, El campo Psi, Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo social, Revista Latina de Comunicación Social, etc.), como así también bibliotecas virtuales (Google Académico, Portal Latindex). Asimismo la lectura de distintas investigaciones ha llevado a indagar referencias bibliográficas citadas para poder ampliar el análisis.

En principio detallaremos aquellas investigaciones que analizan la legislación nacional y su implementación. En un segundo sub apartado abordaremos los trabajos que refieren a la interdisciplina en salud mental. Luego mencionaremos los trabajos referidos a la comunidad y la salud mental, es decir, al despliegue de prácticas comunitarias en el campo de la salud mental. Por último referiremos puntualmente a experiencias que se han desarrollado desde una perspectiva desmanicomializadora.

2.1 Análisis de la legislación y su implementación

Algunos de los trabajos indagados analizan específicamente la legislación nacional y local (de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), las disputas que llevaron a su cristalización, y también el proceso de implementación. En este marco, un trabajo enriquecedor desde el campo de las Ciencias Sociales ha sido la tesis doctoral de Grisel Adissi "Reveses del Derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs" (2013). En su trabajo, la autora se propone analizar el rol del Estado desde la cotidianeidad de los Centros de Salud, entendiendo que en las prácticas concretas de los actores allí inscriptos se juega el accionar estatal y la implementación de las políticas públicas. Este trabajo ha sido muy relevante, no solo por permitirnos repensar la tensión siempre presente entre las normativas y las prácticas, sino también por "alertarnos" en no circunscribir la desmanicomialización a la problemática del encierro. En el marco de su tesis, la autora analiza los debates en torno a la sanción de la LNSM y da cuenta de cómo las disputas y los debates se fueron circunscribiendo al manicomio y la problemática del encierro, emparentando la desmanicomialización a la desinstitucionalización.

Abordando el costado normativo, el trabajo de Ernestina Rosendo (2009) analiza los conflictos y disputas en torno a la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, concluyendo en la centralidad de dos ejes de conflicto: el acceso de profesionales no médicos a cargos de jefatura de servicios y el destino de los neuropsiquiátricos. La autora plantea que al ponerse en primer plano solo estos dos ejes como conflictivos, pierde centralidad la atención en el nivel primario ya que el foco de disputa se construye en torno al hospital psiquiátrico. En esta investigación la autora, además, analiza las distintas lecturas en torno a la ley concluyendo que tanto los actores a favor de la misma como aquellos que tienen una postura crítica mantienen posiciones que sostienen lo instituido en relación a sus prácticas y sus modos de atención. Dichas prácticas, además, obturan la posibilidad de un acercamiento a los modos de atención centrados en la comunidad y al trabajo interdisciplinario.

También podemos incluir en esta línea de análisis el trabajo de José María Alberdi (2012), quien a partir del abordaje de la provincia de Santa Fe, analiza los desafíos de la plena implementación de la LNSM. El autor se propone realizar un balance a un año y medio de la sanción de la ley. Concluye que los manicomios no son parte del pasado, sino que se trata de estructuras institucionales con gran capacidad de

aggiornarse, y señala que estos, junto a la cultura médica hegemónica, son los "principales monopolios a los que se confronta la ley de salud mental" (Alberdi: 2012). En esta línea marca las diferencias entre las experiencias de Río Negro, o San Luis, con aquellas que puedan desarrollarse en Buenos Aires, Córdoba o Santa Fe, señalando que en las segundas, es fundamental tener presente la confrontación con estructuras manicomiales centenarias que cumplen un papel como política social, es decir, resguardo a muchos sujetos frente a la desocupación, la falta de vivienda y de ingresos, la soledad, etc.

2.2 Interdisciplina y salud mental

En relación al abordaje interdisciplinario en el campo de la salud mental Alicia Stolkiner posee numerosos trabajos donde analiza y rescata el valor de la interdisciplina. En sus primeros trabajos (1987,1988) la autora señala que la interdisciplina es un emergente de las fisuras de los paradigmas positivistas, es decir, del cuestionamiento a un modelo de ciencia basado en un único objeto y método. Asocia el surgimiento de la interdisciplina a la imposibilidad de encasillar las problemáticas que se presentan ya no como objetos, sino como demandas complejas y difusas. En trabajos posteriores (1999, 2005) la autora señala dos "líneas de acción" del trabajo interdisciplinario: la investigación, y la conformación de equipos interdisciplinarios asistenciales. En relación a los equipos Stolkiner plantea el desplazamiento de disciplina a profesión, es decir, en la conformación de equipos de trabajo se da por sentado que cada profesión representa una disciplina, manifestando un desplazamiento hacia el campo de las prácticas. Agrega además, la importancia de construir, en dichos equipos, inter-saberes, para poder formular programas, objetivos, definir problemas y actores. La autora analiza también las diferencias del abordaje interdisciplinario en diferentes efectores de salud, distinguiendo los servicios hospitalarios de aquellos espacios que se desenvuelven en prácticas comunitarias, más ligados a la atención primaria.

Tomando la interdisciplina desde una mirada propositiva, el trabajo de Marcela Brunetti (2011) propone un esquema de trabajo multiactoral para la resocialización de pacientes internados, desde la interdisciplina como arista fundamental para el desarrollo del proceso.

2.3 Comunidad y salud mental

Una serie de trabajos indagan el vínculo entre la salud mental y la comunidad, desde un nuevo paradigma de salud mental comunitaria. En este sentido, fueron de gran aporte numerosos artículos publicados en ”Salud Mental y Comunidad”, una revista científica que cuenta con una publicación semestral y es editada por el Área de Salud Mental del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. La misma se divide en dos grandes apartados, uno destinado a la publicación de investigaciones y otro destinado a debates en torno a lo que es o debería ser el campo de la Salud Mental. En el marco de esta publicación diversos estudios indagan desafíos y problemáticas de la situación actual del campo de la Salud Mental. Tal es el caso del estudio realizado por María Cecilia López Santi (2011) quien mediante un análisis de caso (La Casa de Pre Alta del Hospital Dr. Alejandro Korn) se propone problematizar los procesos de reforma, concluyendo en la importancia de la práctica cotidiana y de no repetir en ella (más allá del dispositivo implementado) una lógica similar a la desarrollada por las instituciones totales. Otra investigación de esta publicación realizada por Mirta Susana Elvira (2012) analiza el rol de la participación en el paradigma de salud mental comunitaria, y mediante el análisis del caso de la apertura en Bariloche de un Centro Cultural Comunitario dentro del marco de estructuras intermedias que la Ley de Salud Mental Provincial establecía, concluye la insuficiencia del respaldo político y normativo si este no cuenta con la legitimación y la participación de la comunidad para el desarrollo de las transformaciones. En el mismo sentido, un trabajo de Sara Ardilla y Emiliano Galende (2011) indaga, desde una perspectiva ensayística, el concepto de comunidad y su rol clave en la integración de sujeto con padecimiento mental y su participación activa en procesos colectivos. Dentro de esta línea de estudios, que indagan los desafíos y aristas del paradigma de salud mental comunitaria, el trabajo de Luis Rodríguez Gabarrón (2004) permite dar cuenta de la importancia de la Investigación-Acción Participativa en los procesos de desmanicomialización, mediante el análisis de un programa de atención primaria de salud mental comunitaria llevado adelante en diez comunidades de México con mujeres y población infantil indígena.

2.4 Experiencias desmanicomializadoras

Diversos estudios, sobre todo provenientes del campo de la psicología y la psicología social, abordan el análisis de estos procesos de cambio desde una crítica al modelo manicomial vigente y hegemónico, y también desde el análisis crítico de experiencias desmanicomializadoras. Un caso relevante en el marco internacional lo constituye la experiencia de Italia y el gran aporte de Franco Basaglia (2008), quien ha llevado adelante el proceso de reforma psiquiátrica acontecido en la década del 70. Los aportes de Basaglia no solo permiten dar cuenta de una fuerte crítica al modelo asilar, manicomial y de encierro, sino que además brindan una perspectiva propositiva fundada en los procesos de reforma acontecidos en su país.

En el análisis de las diversas experiencias desarrolladas durante esa época, la investigación de Pablo Gabay y Mónica Fernández Bruno "Alternativas a la hospitalización crónica" (2009) brinda un panorama de las transformaciones acontecidas desde la década del 60 en diversos países y nos ha permitido complementar el conocimiento de la experiencia italiana con los movimientos acontecidos en Estados Unidos, España, Suecia y Francia, pudiendo de esta forma enmarcar estos procesos en una corriente global y de época.

En el plano local Pichón Riviere, desde la psicología social, ha brindado grandes aportes en torno a la crítica del paradigma manicomial en salud mental (Zito Lema, 1985). En la misma línea, el trabajo de Alfredo Moffat (1974) brinda una descripción exhaustiva del hospicio y además, propone una psiquiatría popular que recupere los saberes y la cultura de las clases populares que habitan las instituciones manicomiales, y en este sentido, sistematiza la experiencia de la Comunidad Popular Carlos Gardel llevada adelante en los años setenta. En el ámbito de las experiencias locales, también es importante remarcar el proceso llevado adelante en Río Negro (Cohen y Natella, 2013), provincia pionera en Argentina en relación a las políticas de desmanicomialización.

Hasta aquí todos los trabajos mencionados que remiten a la crítica al sistema manicomial y la sistematización y reflexión sobre experiencias de desmanicomialización son abordados por autores que pertenecen al ámbito de la psicología, la psicología social, la medicina o la psiquiatría. Sin embargo, esta es una tesina de comunicación. Por lo tanto es también importante indagar los trabajos que se han encarado desde esta disciplina. Dos tesinas de grado han abordado experiencias de desmanicomialización actuales. Una de ellas analiza la experiencia del Frente de

Artistas del Borda (Malito, Paso y Terziotti, 2014). La otra indaga diversos emprendimientos sociales que se desarrollan en los hospitales Borda y Moyano como prácticas alternativas a la lógica manicomial (Demasi, 2011). Ambos trabajos, desde el análisis de casos, concluyen en que las experiencias analizadas brindan otras miradas posibles y alternativas a la lógica manicomial en salud mental y se constituyen en aportes para la desmanicomialización.

OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El objeto de la presente tesina es situar la indagación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para poder conocer los alcances y las limitaciones de las políticas nacionales y locales en materia de salud mental, cristalizadas en los marcos normativos existentes. La normativa señala la importancia de un abordaje integral de la salud mental que se sostenga en el trabajo de equipos interdisciplinarios y además, establece la importancia de la comunidad y el entorno a la hora de llevar adelante un tratamiento en esta materia. Teniendo en cuenta esos puntos centrales de la ley nacional, el objetivo de la presente tesina consiste en indagar los alcances de la norma en relación a la conformación de equipos interdisciplinarios y el desarrollo de prácticas comunitarias que los mismos llevan, o no, adelante.

Preguntas

Pregunta general

- ¿Cuáles son los alcances de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en relación a la conformación de equipos interdisciplinarios y el desarrollo de prácticas comunitarias?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son los cambios percibidos por los profesionales insertos en el campo a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental de la CABA?
- ¿Cuáles son los límites y las potencialidades del abordaje interdisciplinario en el campo de la Salud Mental?
- ¿Cuáles son las prácticas que se llevan adelante en las políticas de desmanicomialización en CABA involucrando activamente a la comunidad?
- ¿Cuáles son los alcances de las prácticas que involucran activamente a la comunidad en las políticas de desmanicomialización en CABA?
- ¿Cuáles son las concepciones de los profesionales insertos en el campo de la comunicación como herramienta para la desmanicomialización?

Objetivos

Objetivo general de la investigación

- Analizar la implementación de la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación a la conformación de equipos interdisciplinarios y el desarrollo de prácticas comunitarias.

Objetivos específicos de la investigación

- Conocer los límites y las potencialidades del abordaje interdisciplinario en el campo de la Salud Mental
- Describir la implementación de las prácticas comunitarias en las políticas de desmanicomialización en CABA
- Explorar las concepciones sobre la comunicación como estrategia para la desmanicomialización que poseen los profesionales.

CAPÍTULO III

Marco Teórico

En el presente capítulo desarrollaremos tres apartados que nos permitirán obtener un marco conceptual desde el cual abordar el trabajo de campo. En el primer apartado inscribiremos la tesina en el ***campo de la comunicación y la salud***, brindando una historización del mismo que nos permita ver cómo sus ámbitos de intervención han ido variando. De esta manera desarrollaremos el proceso de transformación de la categoría de salud, desde un paradigma biologicista, hacia otro bio-psico-social que aborda la salud desde una perspectiva integral. En relación a la comunicación, la historización del concepto, nos permite ver el recorrido desde una perspectiva técnico-instrumental, hacia otra procesual y relacional.

En el segundo apartado pondremos el foco en el campo de la salud mental. Para esto describiremos el ***Modelo Médico Hegemónico,*** que ha sido dominante hasta la década del 60. Dicho modelo entra en crisis y la ***Atención Primaria en Salud*** se convierte en la alternativa más viable para poder dar respuestas. Desde este modelo lo central será la articulación entre la comunidad y el sector salud. Además, abordaremos el modo en que el abordaje de la ***locura*** ha ido cambiando históricamente. La hegemonía del modelo médico centró el abordaje de la locura en tanto enfermedad, y en diálogo con un paradigma disciplinar, se recurrió al encierro como vía de canalización para lo categorizado "anormal". Este paradigma manicomial ha sufrido diversas críticas, emergiendo de esta forma una perspectiva desmanicomializadora del abordaje de la salud mental. En dicho apartado trabajaremos el ***paradigma desmanicomializador*** poniéndolo en tensión con otras categorías como la desinstitucionalización y la deshospitalización.

Por último, en nuestro tercer apartado presentaremos una mirada de la comunicación y las prácticas comunicacionales que nos interesa para poder dar cuenta de las inscripciones de los propios actores en el campo. Entendemos la comunicación desde una perspectiva relacional y procesual, para esto inscribimos el análisis en la comunicación, siguiendo a Sandra Massoni, desde el ***paradigma de lo fluido***. En esta línea el eje central de análisis lo representan las prácticas, las acciones. Para abordar una teoría de las prácticas tomamos la triada conceptual de Pierre Bourdieu: ***campo, habitus*** y ***capital***, el concepto de ***mediación*** de Jesús Martín Barbero y el de ***matrices***

socioculturales como instrumentos para el análisis metodológico de los procesos de comunicación.

3.1 Campo de la Comunicación y la Salud

La presente tesina se inscribe en el ***campo de la Comunicación y la Salud***. Tomo el concepto de campo desde la perspectiva de Pierre Bourdieu, poniendo en primer plano el carácter histórico y relacional del mismo. Aquello que ha sido competencia y ámbito plausible de intervención de este campo presenta un carácter histórico y dinámico, debido a que diversas relaciones de poder que se configuran al interior del mismo pujan por cristalizar diversas reglas. El campo es en definitiva "una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones" (Bourdieu: 1995)

El campo de la comunicación y la salud ha ido atravesando diversas modificaciones y cambios de perspectiva a lo largo del tiempo. Siguiendo la historización que realizan Cuberli, Petracci y Palopoli (2010) podemos plantear que se han configurado históricamente diversos modelos, que se correspondían con distintas cosmovisiones en relación a la salud y la comunicación.

La noción de salud era originalmente entendida como la ausencia de enfermedad, centrando su abordaje únicamente en los fenómenos biomédicos. Esta perspectiva entró en crisis en los años setenta permitiendo la emergencia de una concepción de la salud de tipo holístico y positivo, una perspectiva bio-psico-social, es decir, una concepción de la salud que trasciende el problema médico para implicar el entorno físico-ambiental y la situación económico-social del individuo (Araujo de Soares y Cuberli: 2015) Suscribiendo a esta mirada y siguiendo a Luis Ramiro Beltrán (1998) nos centraremos en una ***concepción integral de la salud***, entendiendo que "factores del contexto social, económico, cultural, son determinantes para que los seres humanos disfruten o no de salud". La salud pasa a ser entendida como un fenómeno social, y los servicios de salud deben ser comprendidos desde una perspectiva procesual. Esto nos permite comprender que al abordar problemáticas de salud debemos tener en cuenta que los sujetos no solo dan significado técnico a sus problemas, sino también significados subjetivos y sociales. Conocer el contexto, la cultura, las representaciones de los agentes implicados en el proceso de salud/enfermedad/atención es un imperativo de esta perspectiva.

Pero además, es importante remarcar, que la salud no solo será pensada desde una perspectiva integral sino también desde un paradigma de derechos. En la presente tesina la salud se entiende como un derecho social. En este sentido priorizaremos "la salud pública de naturaleza colectiva, tomando como punto de anclaje las políticas y

prácticas de las instituciones de salud" (Araujo de Soares y Cuberli: 2015) como así también de los agentes que en ella intervienen.

De la misma forma que los diversos momentos del campo han dado cuenta de diferentes concepciones en torno a la noción de salud, la noción de comunicación también ha ido variando. Durante la década de los 50 a los 70 prevaleció el modelo de comunicación para el cambio de comportamiento, ligado a las teorías de la conducta y la persuasión. Desde este modelo se entendía a la comunicación como herramienta estratégica para lograr el cambio de conducta de los sujetos, promoviendo actitudes saludables. Paralelamente al modelo antes descripto tuvo su despliegue la comunicación para el desarrollo. Esta teoría se sostenía considerando que el subdesarrollo se basaba, entre otros aspectos, en la falta de información. En base a ese "diagnóstico" los medios adquirían un lugar central como herramientas para lograr que la información necesaria sea recepcionada por los sujetos y que los cambios de comportamiento, supuestamente consecuentes, se logren.

En la década del ochenta comienza a desplegarse un paradigma participativo y comunitario centrado en la promoción de la salud como estrategia para la comunicación educativa. En este cambio de paradigma tuvo una relevancia importante, tal como plantean Díaz y Uranga (2011) la primera conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, realizada en 1986, en Ottawa, Canadá. Pensar la promoción de la salud permitía poner en primer plano la comunicación como herramienta para la capacitación de las personas a la hora de controlar o auto controlar los determinantes de la salud, para su mejora.

Podemos plantear que "a grandes rasgos se observa una construcción dicotómica, donde en uno de los extremos se ubicaría el denominado modelo tradicional de comunicación centrado en el uso y manejo de técnicas y medios de comunicación, y en el otro, el modelo relacional que da cuenta de los procesos de producción de sentido" (Lois, 2013) Por un lado existe una perspectiva que concibe a la comunicación como instrumento y la asocia, por lo tanto, al uso y manejo de técnicas y medios de comunicación. Esta es la perspectiva que ha sido hegemónica en los inicios del campo, relacionando la comunicación a la mera transmisión de información, brindando un poder grandilocuente al emisor (centrado principalmente en los medios masivos) y desconociendo o negando las mediaciones y negociaciones a las que los receptores someten los mensajes recibidos.

Por otro lado encontramos una visión relacional de la comunicación desde un abordaje cultural. La comunicación es entendida desde esta perspectiva como un proceso de producción social de sentido, donde se generan y circulan creencias y valores como manifestación intersubjetiva. Por lo tanto es imprescindible visualizar las cuestiones estructurales y los contextos en los cuales los sujetos generan sus ideas y sus imaginarios (Cuberli, 2008). Ianina Lois (2013) propone abandonar la dicotomía procesos vs instrumentos, y entender la comunicación en salud como proceso de producción, intercambio y negociación de significados y formas simbólicas, mediados por instrumentos y herramientas diversas. En el mismo sentido, y abandonando dicotomías, Beltrán (1998) también plantea que "lo comunicacional en salud no es meramente una estrategia de pasos a seguir (…) Las definiciones de Comunicación en Salud apuntan a ambos aspectos: proceso y estrategia" y afirma que "vista como proceso social la comunicación para la salud es un mecanismo de intervención institucional para ejercer, a escala multitudinaria, influencia socio-cultural que proporcione conocimientos, propicie actitudes y provoque prácticas favorables para el cuidado de la salud pública". Asimismo, dando especial importancia a la dimensión de la intervención en el campo de la Comunicación y la Salud, Daniela Bruno (2012) distingue tres niveles: el nivel de la política, el nivel organizativo y el nivel comunitario o social, y plantea que "para ser eficaz y que sus logros sean sostenibles, las intervenciones comunicacionales deben introducir cambios en diferentes niveles interconectados. Mientras la tarea de comunicar solo se asocie a la traducción del conocimiento técnico específico y no a instalar conversaciones difícilmente se la reconozca como el aspecto decisivo de los procesos de organización, participación y cambio social que implican intercambios, confrontaciones, negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana." Esta idea de instalar conversaciones es central para entender la comunicación en su carácter dialógico y procesual. Comprender las diversas instancias de producción de sentido y el carácter social del significado nos permite poner en juego, a la hora de intervenir, los saberes y miradas de los diferentes agentes que participan en el proceso de salud.

Por último es importante señalar la multiplicidad de estudios que han nutrido al campo de la comunicación y la salud. En este sentido, Lois (2013) propone que el campo también se ha instalado en la academia estudiándose desde diversas aristas. La autora plantea que en el campo académico se encuentran trabajos sobre la comunicación y la difusión de información, trabajos para el cambio de comportamiento,

investigaciones sobre políticas públicas en salud, sobre percepciones y representaciones de ciertas problemáticas de salud por parte de algún grupo de población, sobre el tratamiento de los medios, y sobre la relación médico-paciente.

3.2 El paradigma desmanicomializador

Para poder adentrarnos en el paradigma desmanicomializador es importante que podamos poner en juego diversos modelos de atención en salud, dado que dicho paradigma pone en cuestión puntos centrales del llamado Modelo Medico Hegemónico (MMH). Los movimientos que se han dado al interior del campo de la salud en general, y que han permitido generar ciertas críticas al MMH desde una mirada centrada en la atención primaria en salud, han cristalizado también en el campo de la salud mental, permitiendo abordar la problemáticas de dicho campo desde una mirada más amplia, que contemple otras aristas y que tenga una visión particular del sujeto. Por esto es importante que al adentrarnos en el paradigma desmanicomilizador podamos dar cuenta de los diversos modelos y cosmovisiones en torno a la salud que se ponen en tensión en dicho paradigma.

El campo de la salud se ha regido históricamente por el ***Modelo Médico Hegemónico***, Menéndez (1998) define este modelo como el "conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado". El autor plantea las distintas características y rasgos de este modelo. En principio su rasgo central es el biologismo: lo central son los contenidos biológicos, incluso el aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. Por otro lado la a-historicidad: la enfermedad se presenta como hecho natural y biológico y no como un hecho social e histórico. También la a-sociabilidad, la eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, tendencia a la medicalización de los problemas y tendencia a la escisión entre teoría y práctica. La atención desde este paradigma se centra en un enfoque biomédico, que según el autor se relaciona con brindar explicaciones biológicas a los principales padecimientos, y brindar soluciones basadas en la producción de fármacos.

Menéndez (2003) señala que este modelo ha comenzado a ser cuestionado en la década de los 60, y alcanzado su máxima expresión en los 70, y plantea que la ***Atención***

Primaria en Salud (APS) aparece, frente a estas críticas, como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH. Surge de esta forma una concepción basada en la Atención Primaria que se sostiene sobre la articulación comunidad-sector salud, para poder actuar en situaciones de pobreza, crisis prolongada y en la forma más eficaz y económica posible. En el modelo de APS el médico constituye en términos técnicos una figura secundaria, un rol técnico de referencia. Mario Testa (1996) propone pensar la APS como la puerta de entrada al sistema de salud, por esta función estratégica y fundamental, debe contar con profesionales capacitados. El autor plantea que, sin embargo, en muchos casos, la atención primaria se convierte en una atención primitiva de salud, siendo no ya la puerta de entrada al conjunto del sistema, sino un servicio "de segunda" para cierto sector de la población, generando servicios diferenciados para distintos grupos sociales. Lo clave para Testa es diferenciar si se trata de una atención primaria o primitiva, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Asimismo, Testa plantea la crítica que algunos autores realizan a la Atención Primaria considerándola una forma mediante la cual el Estado abarata costos transfiriéndolos a la sociedad, sin embargo para el autor la APS supone la posibilidad de construir alternativas para demandar al Estado medios administrados por los propios grupos sociales. La lógica de APS implica además romper con la atención centrada en la demanda espontánea y la patología. En la misma línea Mario Rovere (2012) contrapone una APS estratégica a una APS selectiva, e historizando el concepto plantea que “independizada de un compromiso por la equidad y por el derecho a la salud, la APS ha sido instrumentada como un componente más de carácter compensatorio dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales”.

El campo de la salud mental se encuentra atravesado por estos modelos. Las diversas formas de entender la ***locura*** han ido variando en distintos periodos. Históricamente la cristalización del MMH en el campo de la salud mental se ha dado a través del manicomio. Emiliano Galende (2008) señala que los Hospitales Generales surgieron en la Francia del siglo XVIII, período en el cual aún no existían los neuropsiquiátricos, ni los psiquiatras. Recién en el primer cuarto del siglo XIX aparecen los neuropsiquiátricos. El nombre de manicomio surge de Jean-Étienne Dominique Esquirol, psiquiatra francés, quien consideraba que la mayoría de los trastornos mentales eran producto de las manías. Michel Foucault (1989) analiza la creación de la neurociencia y del derecho positivo, poniéndolos en diálogo, en tanto ambos ponen de manifiesto un nuevo poder: el poder disciplinar, el poder frente a los órdenes de

“anormalidad”. En ese sentido cárcel y manicomio tienen un mismo origen. La relación saber- poder analizada por Foucault nos da muestras de una discontinuidad acontecida en el siglo XIX: la peligrosidad puede ser certificada por un “experto”, y consecuentemente actuar sobre ella desde la privación de la libertad. Todo este proceso instaura un cambio epistemológico que nos permite pensar los trastornos mentales desde la medicina, es decir, pensarlos como enfermedades. El sujeto con padecimientos mentales pasa a ser objeto de un saber científico, y se encuadra bajo la idea de peligrosidad.

Entender la lógica del encierro desde una perspectiva que contemple la subjetividad nos permite hablar de ***desmanicomialización***. Si bien el modelo asilar y manicomial ya sumaba críticas desde comienzos del siglo XX, la gran crisis se da después de la segunda guerra mundial. Sobre todo por la relación de similitud entre los hospitales psiquiátricos y los campos de concentración. Y en consecuencia se pone en cuestión el carácter terapéutico de dichos espacios. Se instala así la posibilidad de pensar la salud mental desde otro paradigma.

La desmanicomialización no consiste simplemente en el cierre de los hospitales monovalentes, sino en lograr cambios en la subjetividad de las personas que han sufrido situaciones de encierro para que esas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir fuera del hospital. En este sentido Susana Siculer (2008) señala que “la desmanicomialización apunta a un deconstrucción ideológica de la concepción manicomial o asilar, mientras que la desinstitucionalización es la puesta en acto, es el proceso para llevar adelante la desmanicomialización desde la perspectiva de la transformación de un sistema, la transformación de una institución”. Pero además señala la diferencia entre estas dos concepciones y el concepto de deshospitalización, que consiste en el cierre de las instituciones públicas y estatales y que tiene su sustento en la lógica e ideología neoliberal.

El paradigma desmanicomializador por lo tanto se centra en el despliegue de la subjetividad en pos de romper con la lógica de objetivación que ha reinado desde el modelo manicomial. La perspectiva consiste en salir del objeto ontologizado de la medicina- la enfermedad- para centrarse en el sujeto, el enfermo (de Sousa Campos, 1997)

3.3 La Comunicación desde una perspectiva relacional

En la presente tesina abordaremos la comunicación desde una perspectiva procesual y relacional. Nos interesa indagar el rol de la comunicación en los procesos de desmanicomialización y las perspectivas de los actores en esta materia, principalmente en lo referido al trabajo interdisciplinario y las prácticas en la comunidad.

Para poder abordar estos interrogantes apelaremos a la comunicación desde un abordaje multiparadigmático que nos permita responder a la "búsqueda de un conocimiento que no se desentienda de los acoplamientos dinámicos y evolutivos de la realidad y los sujetos" (Massoni: 2000). Esto nos posiciona en lo que Sandra Massoni llama el ***paradigma de lo fluido***, es decir, un movimiento que nos corra tanto del paradigma norteamericano que ha pensado la comunicación desde la teoría de los efectos, como del paradigma europeo, que se desplegó en las teorías de la ideología. Abandonar paradigmas cerrados para poder aprehender los procesos de comunicación desde su carácter histórico contextual, pero también procesual y dinámico.

Abordar la comunicación desde esta perspectiva nos obliga a centrarnos en las prácticas como espacios privilegiados para poder ahondar en el despliegue de los sentidos e imaginarios implicados en cada proceso. Ya hemos planteado que entendemos el espacio de la salud mental como un ***campo*** determinado. Un campo es una "red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones" (Bourdieu: 1995, 64). Abordar la salud mental como campo permite poner en primer plano el juego de relaciones que allí se configuran y plantear que no hay lugares hegemónicos previos o posibles de ser delimitados de antemano, porque no hay relación posible previa a la puesta en acto de la misma. Habrá que rastrear esas relaciones y sus efectos materiales. Desde la teoría de Bourdieu el concepto de campo no es aislado, sino que forma una tríada teórica junto a los conceptos de ***habitus*** y ***capital*** (Bourdieu: 1995). En cada campo se despliegan diversas relaciones entre los actores, quienes a su vez poseen determinado capital para poder inscribirse en dicho campo, en este sentido Bourdieu plantea que "las fuerzas que son activas en el campo, y que por lo mismo, el analista selecciona como pertinentes, porque producen las diferencias más importantes, son aquellas que definen el capital específico" (Bourdieu: 1995, 67). Corriéndose de una perspectiva determinista, Pierre Bourdieu plantea que en todo campo hay luchas, los agentes luchan con diversos grados de fuerza para apropiarse de las ganancias de dicho

campo y para poder establecer sus propias reglas. En este sentido, el campo es escenario de relaciones de fuerza en permanente puja.

Completando su traída teórica Bourdieu plantea el concepto de ***habitus*** como el sistema estructurado de prácticas y expresiones de los agentes. Estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, la lógica del campo hecha carne. Los actores inscriptos en determinado campo despliegan sus prácticas como puesta en acto de sus habitus, no sólo de interpretación, sino de acción. Sandra Massoni plantea que el habitus acota el universo de lo posible de pensar/hacer por cada grupo y sector en cada momento en relación con cada problemática. Por lo tanto hay transformación, pero esta no ocurre de cualquier manera, sino respondiendo a determinada lógica que identifica a ese grupo o sector social y lo incluye en una matriz sociocultural. (2000). Abordar los discursos de los actores desde esta perspectiva nos permitirá poner en tensión sus imaginarios y sentidos en torno a la salud mental en su despliegue profesional cotidiano.

Por lo tanto, tomaremos a las acciones como nudo central. Sandra Massoni plantea que si aceptamos que las percepciones dependen de alguna manera de la acción, deberíamos como investigadores empezar por abordar las acciones como forma de conocimiento, hacerlo al nivel de las prácticas sociales (Massoni:2000). Para realizar esta tarea tomaremos de Jesús Martín Barbero el concepto de ***mediación.*** Siguiendo a Massoni (2000) entendemos esta categoría como un concepto operativo que nos permite repensar el lugar de la comunicación en procesos de cambio. La autora plantea que "el énfasis está puesto en capturar la direccionalidad de las mediaciones como espacio privilegiado de producción de sentido en acción, que rebasa al de la interacción social porque no interpela relaciones entre individuos, sino entre matrices socioculturales". El concepto de ***matriz sociocultural*** nos permite abordar las acciones desde una mirada colectiva. No entendemos las acciones de los sujetos como actos racionales de individuos aislados, sino como prácticas socialmente condicionadas vistas desde un grupo social. La matriz sociocultural es, por lo tanto, el "esquema básico que describe los rasgos principales de la lógica de funcionamiento de un grupo social, es aquello que programa en cada grupo un sistema de percepción-acción" (Massoni:2000)

Las instituciones de salud son parte de esas mediaciones que orientan las prácticas en el campo que se inscriben. La institucionalidad, plantea Barbero, es desde siempre una mediación llena de intereses y poderes contrapuestos, ella ha afectado y sigue afectando especialmente la regulación de los discursos que, de parte del Estado,

buscan dar estabilidad al orden constituido, y de parte de los ciudadanos (mayorías y minorías) buscan defender sus derechos y hacerse reconocer, esto es, reconstruir permanentemente lo social" (Barbero: 2003). La institucionalidad como mediación nos inserta en el campo de las relaciones, y nos obliga a pensar que los actores no son previos al análisis, sino que emergen en función del objetivo de la investigación. La mediación se constituye así en un espacio de articulación, no en un espacio mediador. No hay extremos entre los que mediar, sino relaciones entre matrices que configuran posiciones de sujetos (Massoni: 2000).

En la presente tesina buscaremos reconocer el campo de la salud mental como un espacio complejo y conflictivo, en el que existen diversos actores con intereses/necesidades y niveles de compromiso, a veces antagónicos y a veces complementarios. La comunicación es ese espacio de encuentro entre ellos, es el momento relacionante de la diversidad sociocultural.

CAPÍTULO IV

Marco Metodológico

En este capítulo daremos cuenta de la metodología utilizada para el desarrollo del presente trabajo. Detallaremos el enfoque de la investigación realizada, como así también las técnicas utilizadas y las etapas del trabajo.

4.1 Enfoque y técnica: una mirada desde los actores

El presente trabajo de investigación se ha realizado desde un enfoque cualitativo comprendiendo un estudio exploratorio y descriptivo que permita conocer los alcances de la Ley de Salud mental en la Ciudad de Buenos Aires desde la perspectiva de los actores insertos en el campo.

La técnica elegida para poder indagar la visión de los distintos trabajadores de la salud mental ha sido la entrevista en profundidad. Dicha herramienta es pertinente para poder conocer cómo los sujetos interpretan y vivencias sus experiencias en sus propios términos, obteniendo información rica y profunda desde la propia palabra de los actores. (Marradi, Archenti y Piovani: 2007). La entrevista en profundidad habilita la posibilidad de contar con espacios dinámicos y flexibles de diálogo, donde es posible indagar las veces que sea pertinente, como así también re preguntar. Además, la entrevista cara a cara permite incorporar la dimensión gestual y expresiva a la hora de conocer las opiniones, reflexiones y vivencias de los sujetos en relación a su trabajo cotidiano en los distintos efectores de salud.

Las entrevistas han sido diseñadas previamente de acuerdo a los objetivos de investigación, manteniendo los mismos interrogantes para todos los actores. Se elaboró una guía de preguntas con cuatro ejes temáticos: 1) Trabajo cotidiano y apreciaciones generales 2) Trabajo interdisciplinario 3) Practicas comunitarias 4) Comunicación y desmanicomializacion. En todos los casos las entrevistas fueron presenciales y semi estructuradas, es decir que, más allá del previo diseño de las preguntas, el diálogo con los distintos actores ha permitido indagar distintos emergentes surgidos en el encuentro y profundizar aspectos relevantes.

Para cumplir con los objetivos de la investigación se han realizado once entrevistas. Se ha considerado una muestra no representativa y se tomo el criterio de saturación de Glasser y Strauss (1967). Cuatro de las entrevistas se realizaron a

profesionales de Centros de Salud, de las mismas tres se han efectuado a psicólogas y la restante a una trabajadora social. Otras tres entrevistas fueron realizadas a profesionales de Hospitales Generales, dos de ellos psiquiatras y una psicóloga. Otras tres entrevistas se realizaron a profesionales de hospitales monovalentes, dos psiquiatras y una enfermera. La entrevista restante se realizó a una psiquiatra asesora del cuerpo de letrados que la ley establece para los casos de internaciones involuntarias.

El criterio de la muestra fue realizado tomando los diversos efectores de salud, con el objetivo de dar cuenta de los alcances de la ley de acuerdo a la atención brindada en cada nivel. De los entrevistados ocho son mujeres y tres hombres. Cuatro son psicólogas, cinco psiquiatras, una trabajadora social y una enfermera. La intención fue no agotar la indagación en una sola disciplina, sino por el contrario, teniendo en cuenta el carácter interdisciplinar del trabajo como uno de los aspectos a abordar, poder tener en cuenta diversos campos profesionales insertos en el marco del tratamiento de la salud mental.

EFECTOR	**FORMACIÓN**	**SEXO**
Centro de Salud	Psicología	Femenino
Centro de Salud	Psicología	Femenino
Hospital General (Guardia)	Psicología	Femenino
Centro de Salud	Trabajo social	Femenino
Hospital General	Psiquiatra	Femenino
Hospital Monovalente	Psiquiatra	Masculino
Hospital Monovalente	Psiquiatra	Masculino
Centro de Salud	Psicología	Femenino
Hospital General	Psiquiatra	Masculino
Hospital Monovalente	Enfermería	Femenino
Asesoría Cuerpo de letrados	Psiquiatra	Femenino

Fuente: Elaboración propia

Las entrevistas se realizaron gracias a diversos contactos, en muchos casos se dio el efecto "bola de nieve"(Taylor y Bogdan: 1986) y la entrevista con un profesional habilitó la posibilidad de entrevistar a otro que este conocía. Todas las entrevistas fueron pautadas previamente con los entrevistados coordinando un lugar de encuentro.

En la mayoría de los casos las mismas se realizaron en los propios lugares de trabajo de los profesionales (hospitales, centros de salud). En tres casos se coordino un bar de encuentro, y en otros tres se asistió a la casa de los entrevistados. Todas las entrevistas fueron realizadas en un único encuentro con una duración aproximada de una hora y media, y de forma individual. Solo una de las entrevistas fue realizada de forma conjunta a dos profesionales que trabajaban en un mismo centro de salud.

4.2 Contexto de desarrollo del trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en el lapso de un año, entre septiembre de 2015 y septiembre del 2016. Durante dicho periodo se desarrollaron en nuestro país las elecciones nacionales, generando un cambio de gobierno. El 10 de diciembre de 2015 asumió como presidente de la Nación Mauricio Macri, candidato de la alianza CAMBIEMOS, y abandonó la presidencia Cristina Fernández de Kirchner. Seis de las entrevistas fueron realizadas durante un gobierno, y cinco durante el siguiente.

El cambio de gobierno ha generado modificaciones en la política de salud en general, y de salud mental en particular, tanto en el plano nacional como en el jurisdiccional. Es importante contextualizar esta situación para poder dar cuenta de los cambios acontecidos, pero también para enmarcar relatos que han surgido en las entrevistas referidos a esta coyuntura.

En este apartado abordaremos una breve descripción de algunos cambios que se han dado en materia de salud mental. Circunscribiremos la descripción al ámbito, principalmente, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por tratarse de la jurisdicción analizada en la presente investigación, y a medidas que se han tomado a nivel Nacional. La descripción se ha realizado a partir del relevamiento de la agenda mediática. Un primer relevamiento se ha realizado a partir del buscador GOOGLE en su sección noticias, delimitando como fecha diciembre de 2015 hasta la actualidad. Es importante señalar que muchos de los artículos encontrados no brindan información acerca de medidas o políticas vinculadas a la salud mental, por el contrario la mayoría refieren a cuestiones de índole personal, tratando diversos temas centrándose en aspectos personales y subjetivos, y espectacularizando situaciones en las que la salud mental se encuentra involucrada.

Relevamiento

- En diciembre de 2015 se designa como Director Nacional de Salud Mental y adicciones a Andrew Blake. Durante el mismo mes la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos expresa su disconformidad con la designación mediante un comunicado.
- En marzo de 2016 trabajadores del Ministerio de Salud denuncian despidos y vaciamiento de programas. Desde la Asociación de Trabajadores del Estado

(ATE) se señala el área de salud mental dependiente de la Dirección Nacional de Salud mental como una de las afectadas.

- En el plano Nacional 123 dispositivos dependientes la Dirección de Salud Mental y Adicciones, destinados a atender emergencias en el territorio (los barrios, las provincias, etc.) fueron suspendidos o desmantelados.
- En julio de 2016 mediante la resolución 1003/2016 del Ministerio de Salud de la Nación se deroga la resolución 1484/2015, del mismo Ministerio y se crea una Comisión ad hoc para la elaboración de normas de habilitación de los establecimientos de salud mental y adicciones. Los integrantes de dicha comisión serán convocados por el Director Nacional de Salud mental.
- En julio de 2016 se produjo una reunión entre la Asociación Médicos Municipales (AMM), que nuclea a profesionales médicos de la CABA, y las autoridades del Ministerio de Salud de Nación. Dicha asociación solicito el estudio de la reglamentación de la ley.
- En agosto de 2016 el decreto 952/2016 del Estado Nacional permitió la enajenación de 17 propiedades del Estado. Entre dichos terrenos se encontraban las tierras donde funciona el Centro de Salud Mental N° 1 “Hugo Rosarios”, ubicado en Núñez. Tras reclamos de trabajadores del Centro un comunicado oficial del titular de la Agencia Gubernamental indicó que se trataba de un error.
- En noviembre de 2016 se desarrollaron protestas por parte de profesionales del Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino por falta de designación de director y denuncia de vaciamiento presupuestario.
- Durante el año 2016 la autoridad de aplicación no convocó al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCH), instancia creada desde la Reglamentación de la LNSM.
- La presentación del presupuesto de Salud 2017 de Legislatura Porteña contempla la modernización de los Hospitales Borda, Moyano, Tovar García y Alvear. Se incluye en el presupuesto el proyecto de desarrollo de un polo de Neurociencias en los terrenos del Borda y Moyano.
- El Ministerio de Salud está elaborando a través de una comisión de salud mental creada durante 2016 un proyecto de reforma de la reglamentación de la LNSM, que impactaría directamente en la conformación y atributos del Órgano Nacional de Revisión (ORN).

- Presentación de proyectos de ley que buscan derogar el Art. 4º de la LNSM, el cual caracteriza a las adicciones como parte del campo de la salud mental y las retira del terreno de la penalización para garantizar los derechos de quienes deban ser asistidos por esta problemática.

CAPÍTULO V

ANALISIS: El proceso de desmanicomialización desde la mirada de los profesionales

En el presente capitulo abordaremos diversas aristas centrales del proceso de desmanicomializacion de acuerdo a la mirada de los profesionales, es decir, que a partir de sus discursos retomaremos diversos emergentes que han surgido para poder indagar la implementación y los alcances de la LNSM desde su propia perspectiva, teniendo en cuenta que son ellos los actores insertos en el campo y quienes, en tanto agentes estatales, vehiculizan la legislación desde su práctica cotidiana.

En un primer apartado desarrollaremos las perspectivas que los profesionales poseen sobre la desmanicomializacion, esto nos permitirá abordar tensiones presentes entre lo instituido y lo instituyente en los espacios institucionales donde los profesionales desarrollan sus prácticas, y el doble juego de posibilidad y condicionamiento que dichos espacios permiten o no para el desarrollo de determinadas prácticas.

En un segundo apartado abordaremos las concepciones que los profesionales poseen sobre la interdisciplina, y cuál es su mirada sobre la practica interdisciplinar, indagando las potencialidades y limitaciones de este abordaje en el campo. Esto nos permitirá brindar especial importancia a las trayectorias formativas y personales de los profesionales.

Luego analizaremos la implementación de prácticas comunitarias enmarcadas en una modalidad de atención primaria en salud. Dicho análisis nos permitirá ver los condicionamientos que la falta de recursos genera en el accionar cotidiano de los profesionales y en la posibilidad de desarrollar sus prácticas en sintonía con los postulados que la legislación actual plantea.

En un cuarto apartado analizaremos la internación como un significante en disputa al interior del campo de la salud mental. La legislación brinda un especial interés a la internación, y de esta forma es vivenciado por los profesionales, indagaremos las diversas concepciones en torno a esta práctica.

Por ultimo abordaremos la mirada que los profesionales poseen sobre la comunicación en tanto instancia estratégica para la desmanicomialización, y el modo en que la misma se despliega en diversos niveles interconectados que nos permitirán analizar desde una perspectiva comunicacional el proceso de desmanicomialización.

5.1 Lo instituido y lo instituyente

Uno de los objetivos de la presente tesina consistió en indagar los alcances de la Ley de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires en relación a la conformación de los equipos interdisciplinarios, y el desarrollo de prácticas comunitario, entendiendo ambas instancias como aristas fundamentales del proceso de desmanicomialización. Para esto es importante indagar la mirada que los propios profesionales, insertos en el campo, poseen de dicho proceso.

Los trabajadores ponen especial énfasis en las prácticas, entienden a estas como una dimensión central a la hora de pensar tanto la lógica manicomial como los procesos de desmanicomialización.

"La lógica manicomial no tiene que ver con la institución, se puede dar en un centro de salud (...) Tiene que ver con las prácticas y las prácticas son las personas, las prácticas son los trabajadores con los pacientes. (V, 1)

"Manicomializar no es un problema edilicio, son las prácticas y los discursos. Uno puede estar en el hospitalmás progre, más abierto, y tener prácticas manicomiales" (E Nº 10)

Para los profesionales, el sentido de la desmanicomialización debe captarse "en acción". En las prácticas se despliegan las concepciones manicomiales. La objetivación del paciente, la vulneración de sus derechos, la lógica manicomial, se da en la interacción, en el modo en que se establece dicha relación entre profesionales y pacientes, en función de las acciones que allí operan.

"Creo que la cuestión manicomial viene de otro lugar, no es un problema físico, la práctica manicomial puede darse en cualquier lugar donde exista la cosificación del paciente, donde exista la no subjetivación, donde no haya un trato humano" (E Nº 6)

"Pienso que la desmanicomialización tiene que ver con trabajar la salud mental desde otros espacios, desde otros atravesamientos, que no solo tiene que ver con los hospitales monovalentes o los lugares de consulta en salud mental, o mismo con las prácticas, porque a veces uno piensa que no tiene que ver con las instituciones donde uno aborde la problemática, sino las prácticas que se ponen en juego. Quizás uno puede estar haciendo una práctica comunitaria con un pensamiento médico hegemónico" (E Nº5)

La lógica del campo de la salud mental que ha contado con legitimidad ha sido manicomial, por lo tanto, los actores insertos en ese campo incorporan dicha lógica como forma de percepción y acción, hacen carne la estructura del campo en el que se mueven. Las prácticas son la puesta en acto de esos *habitus*, que acotan el universo de lo posible de pensar y hacer en diversas situaciones a las que los profesionales se enfrentan. Es por eso que la lógica del campo se hace carne en los trabajadores de salud mental, la han ido incorporando en su formación y en su dinámica y despliegue por diversos espacios de trabajo.

Las críticas que algunos profesionales realizan a la LNSM tiene que ver con esta dimensión. Entienden que la ley centra la desmanicomialización en el cierre, o el fin de los manicomios, en tanto lugares de encierro, sin poner en primer plano la necesidad de modificar las prácticas que los profesionales despliegan, más allá del lugar donde lo hagan.

"La ley no tiene en cuenta el tema de las prácticas. La ley no va a decir "las prácticas manicomiales son, dos puntos" pero hacer hincapié en que se puede estar en el hospital más interdisciplinario y caer en prácticas hegemónicas" (E Nº 10)

"Hay un error conceptual, no en la ley original, sino en cómo quedó escrita por negociaciones o lo que sea, que hace demasiado hincapié en confundir manicomio con edificio de hospital monovalente. Eso es un error conceptual. Los hospitales monovalentes son tan necesarios como una unidad de terapia intensiva. A nadie se le ocurriría cerrar un hospital cardiológico, porque es demasiado específico y monovalente" (E Nº 10)

Desde la mirada de los profesionales es importante poner en primer plano las prácticas, más allá de cuestiones edilicias, e incluso institucionales. Se juegan, en estas reflexiones, categorías que se entrecruzan: desmanicomialización, desinstitucionalización y deshospitalización son puestas en juego de forma confusa. El proceso de desmanicomialización implica la "deconstrucción ideológica de la concepción manicomial" (Siculer: 2008), esta deconstrucción es un proceso con diversas aristas, en el cual la desinstitucionalización forma parte de su puesta en acto. La desinstitucionalización implica la transformación de un sistema, de las instituciones. Ahora bien, es importante tener en cuenta que las instituciones no se agotan en sus aspectos materiales y es menester contemplarlas en su complejidad.

Las instituciones se despliegan en diversos niveles de significado, es necesario rastrear los intersticios en los cuales lo simbólico y lo material se conjugan para el despliegue de determinadas prácticas posibles de ser pensadas, o no, en el marco de diversas situaciones. Las prácticas tienen un rol central, pero no pueden ser analizadas de forma aislada, el rol del contexto influye en las acciones de los profesionales, pero además, las dinámicas institucionales, su idiosincrasia, su cultura, su historia, su modo de funcionamiento y diversas lógicas que allí operan condicionan aquello que los profesionales puedan hacer, o no, en sus marcos.

La desinstitucionalización implica poder modificar el funcionamiento de los diversos espacios institucionales que son parte del campo de la salud mental, y para que dicha modificación pueda vehiculizarse es importante no agotar las instituciones y verlas en su complejidad. Toda institución se organiza en base a tres distribuciones: la distribución geográfica, la distribución en el tiempo y la distribución de responsabilidades. La articulación de dichas distribuciones genera ciertas regularidades en la realidad de la institución (Ulloa: 1969) No podemos agotar las instituciones ni a cuestiones meramente edilicias, ni a las prácticas e interacciones que allí se despliegan, como si lo hicieran de forma aislada. Es importante ver los cruces y diálogos que se dan entre los diversos niveles de distribución que allí operan.

Históricamente la práctica manicomial se ha centrado en los neuropsiquiatricos, en instituciones totales (Goffman: 1970). Dichas instituciones repercuten de forma particular sobre la dinámica tanto de pacientes como de trabajadores que las habitan. Los profesionales pueden percibir como las dinámicas y las formas institucionales tienen incidencia en las prácticas que allí despliegan:

"Yo hice mi residencia en el Hospital Alvear, un Hospital de emergencia, imaginate si habré contenido gente... Y es poco lo que uno se plantea. Es tanto la ejecución, la mecánica de actuar, que a veces cuando a vos te transmiten el conocimiento ni te planteas si implica violentar los derechos de la otra persona" (E Nº 8)

El espacio del Hospital de Emergencias hace posible el despliegue de ciertas prácticas, las vuelve plausibles. Más allá de que al tratarse de un hospital de esas características existen mayores probabilidades de que ciertas problemáticas se presenten o ciertos pacientes asistan, es interesante pensar como algo de la lógica institucional se cuela, o dialoga con el modo en que las acciones de los profesionales se desarrollan, sin posibilidad de reflexionar sobre las mismas, o volver sobre ellas. Las instituciones,

señala Lidia Fernández (1994), tienen cierto grado de autonomía que les permite diferenciarse y lograr una cultura singular, dicha cultura institucional resume ciertas formas de responder a determinados mandatos y demandas que la sociedad realiza a dicha institución. En este sentido, podemos pensar que ciertas prácticas, como la contención señalada por la entrevistada, son legitimadas en el marco de dicha cultura institucional, mostrando la particularidad de las dinámicas institucionales de su doble juego de explicitación y encubrimiento, es decir, explicitar aquellos aspectos que muestran el orden establecido como único posible y encubriendo aquellos otros posibles.

"El cuerpo. Contención. Pero a veces no te da tiempo, porque una paciente descompensada tiene fuerza... Imaginate si te agarra sola. Encerrate y llama a Dios. Como siempre decimos, mucha ley de salud mental pero del personal que maneja esto nadie se acordó. Y con el estilo de pacientes que tenemos ahora es peor" (E Nº 11. En respuesta a la pregunta ¿cómo se manejan en casos de violencia?)

En este caso, para la entrevistada, trabajadora del Hospital Moyano, también dicha práctica se presenta como la única posible de ser abordada. La entrevistada centra las problemáticas en la falta de personal para ejecutar la contención, en el "estilo" de pacientes, pero no en la práctica misma. Dicha práctica, en el marco de esa institución, no es objeto de reflexión, se presenta a priori como respuesta innegable frente a cualquier situación problemática. Es interesante pensar, en este punto, el señalamiento que uno de los entrevistados realizada indicando que la desmanicomialización es una re institucionalización de derechos para pacientes y trabajadores:

"En principio creo que la desmanicomialización es un proceso de institucionalización de derechos, y no solo a pacientes sino también a trabajadores (...) Porque ellos están institucionalizados también, ósea, forman parte de esa lógica manicomial también los trabajadores (...) El trabajador que trabaja en el manicomio trabaja con prácticas que no son sanas para ellos tampoco" (E Nº 7)

Volviendo a la situación de contención, podemos pensar cómo esa práctica y la falta de reflexión sobre la misma condensa esa lógica manicomial atravesando a pacientes y trabajadores, pero no es casual que se dé justamente en el manicomio. La práctica de contención hacia los pacientes es vivida naturalmente por una trabajadora del manicomio mientras que es vivida con extrañamiento para una profesional que se dedica a observar y visitar manicomios. Las cuestiones vinculadas a lo institucional

hacen al proceso de desmanicomialización y a la posibilidad de pensar otras prácticas, otras interacciones.

"Yo creo que hay muchas instituciones que están muy viciadas. Es muy difícil, no sé cómo se resolvería. Las cosas que pasan en el Moyano, o en el Borda... (...) No sé cómo se llegaría a modificar ese tipo de instituciones perversas, que ya tienen ese funcionamiento institucional" (E Nº 8)

La desinstitucionalización como puesta en acto del proceso de desmanicomialización implica "resolver esos vicios institucionales", trabajar sobre esas lógicas naturalizadas, pujar sobre lo instituido. Para llevar adelante el proceso de desmanicomialización los profesionales brindan a las prácticas una dimensión central, pero también reconocen, en ocasiones, las dinámicas institucionales y sus repercusiones en dichas prácticas. Es importante recuperar una mirada dialéctica a la hora de pensar el despliegue institucional entre aquello instituido y lo instituyente, es decir, entre aquellas tendencias fijas, estables y la posibilidad de crítica, transformación (Fernandez: 1994), dado que en ese doble juego entre los instituido y lo instituyente es donde se desarrolla la dinámica institucional, y sobre ese juego debemos operar para desarrollar el proceso de desmanicomialización.

5.2 Interdisciplina y abordaje comunitario: El rol de la formación

Como vimos en el apartado anterior, los profesionales brindan especial importancia a la dimensión de las prácticas a la hora de pensar el proceso de desmanicomialización. Una de las aristas que la LNSM coloca en primer plano a la hora de abordar la salud mental desde una lógica no manicomial refiere al trabajo interdisciplinario. Romper con la mirada médico- hegemónica implica abandonar una perspectiva biologicista y abordar la salud mental en su complejidad, tomando en cuenta los atravesamientos sociales e históricos que implican un padecimiento. En este sentido, el trabajo interdisciplinario permite un abordaje desde la complejidad, incorporando diversas visiones que no surgen a priori, sino en virtud de las demandas que se presentan.

En el campo de la salud mental, la incorporación de una perspectiva interdisciplinaria permite cuestionar el paradigma biomédico que centra su modalidad de atención en la producción y prescripción de fármacos como principal abordaje. En virtud de la LNSM "debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida autorización de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes" (Artículo 8). Asimismo, en la reglamentación de la ley se establece que las disciplinas enumeradas no son taxativas, y cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos de acuerdo a las necesidades de la población. La aproximación interdisciplinaria permite, por lo tanto, partir de los problemas y no de las disciplinas dadas (Elichiry: 2009)

Los profesionales entrevistados entienden a la salud mental desde una perspectiva integral que no puede ser abordada desde una única mirada, sino necesariamente desde la complejidad que las problemáticas a tratar presentan.

"El pensar al usuario juntos, eso es la interdisciplina. Me parece que no hay otra manera porque la cuestión de la salud mental tiene una complejidad tal... La salud tiene ya una gran complejidad, que es necesario mirar desde la interdisciplina para la diabetes también" (E Nº 7)

"Interdisciplinariamente se piensa como intervenciones unificadas, con el diálogo respetuoso de todas las disciplinas aportando. Tiene que ver con la diversidad de

conocimientos y la complejidad de los problemas que se nos presentan que son profundamente humanos y no de una materia en particular. No son mayormente problemas de índole médico, o fisiológico, no son problemas sociales tampoco, no son problemas psicológicos, o del orden psicopatológico, se presentan en muchos aspectos y esto hace que lo tengas que abordar desde la complejidad" (E Nº 6)

Asimismo, la interdisciplina al abordar las problemáticas en salud mental desde la complejidad implica la construcción de objetivos y marcos de acción comunes, producto del diálogo y aporte de las diversas disciplinas. En este sentido, Alicia Stolkiner (1999, 2005) señala la importancia de la construcción de inter-saberes en el marco de los equipos interdisciplinarios. Las prácticas del equipo se despliegan en el marco de ese abordaje que ha puesto en diálogo las diversas miradas y saberes para dar respuesta a aquello que se presenta.

"Creer que porque hay un psicólogo, un médico, y un trabajador social, eso es interdisciplina, es un don pirulero. Cuando no hay interdisciplina se retrocede a la multidisciplina, y cada cual atiende su juego. Es una suma de disciplinas, donde cada una se basa en su saber disciplinario y piensa que las demás son complementarias. (...) No es solamente la presencia de distintos profesionales para hacer un diagnóstico, sino cual es el objeto a estudiar" (E Nº 10)

"Para mí la interdisciplina se da al mantener un marco teórico común, después vas a mantener tu especificidad" (E Nº 5)

"Tener en claro que porque a un paciente lo atienda un psicólogo y lo atienda un medico, eso no necesariamente es interdisciplina, hay que ver como se baja eso a la práctica clínica. Lo primero que se tiende a pensar es que porque un psicólogo y un psiquiatra atienden a un paciente eso es interdisciplinar, pero no. Para que haya interdisciplina hay que ver cómo piensan ese caso, no como lo atienden" (E Nº 10)

La práctica interdisciplinar implica, por tanto, instancias de reflexión conjunta que permitan la construcción de esos inter-saberes mencionados. Ahora bien, los profesionales reconocen como central en la posibilidad de desarrollo de dicho trabajo interdisciplinario el rol de la formación. Siguiendo a Elichiry (2009) podemos pensar que esto se debe a una desarticulación entre teoría y práctica. La escisión entre el despliegue de contenidos teóricos, en general al comienzo de la formación, y el desarrollo de instancias practicas, generalmente sobre el final, marca una

descontextualización de los saberes que son incorporados por fuera de la situación - problema. En términos de la autora la excesiva especialización, la división entre formación profesional y laboral, y la desarticulación teoría - práctica (tres aspectos de la educación disciplinaria), tienden a aislar el desarrollo del conocimiento del contexto histórico social, generando islas académicas eruditas, pero alejadas de los problemas que plantea nuestra realidad. Si consideramos que el abordaje interdisciplinar debe partir de los problemas y no de las disciplinas dadas, es fundamental repensar estos postulados a la luz de prácticas que vehiculicen a lo largo de la formación la posibilidad de abordar las situaciones problema desde la pluralidad de dimensiones que las implican. De lo contrario el abordaje interdisciplinar seguirá estando fuertemente condicionado por las trayectorias formativas singulares de cada profesional.

"En realidad nosotras hacemos distintos tipos de trabajos porque fue como una propuesta nuestra, porque en general en muchos centros el psicólogo solo hace atención clínica (...) Pero bueno, yo había hecho la residencia interdisciplinaria en salud, así que mi formación era más Psicología Comunitaria, trabajo en equipo, prevención y promoción" (E Nº 1)

"No imagino la salud mental si no es interdisciplinaria. Yo me forme de esa manera y para mi es imposible. Yo no sé como hacían antes para trabajar de otra forma (...) Yo no puedo laburar solo desde mi disciplina, ni un psicólogo, ni un trabajador social. Ósea, el paciente es un todo, que no se puede abordar solo. Si nos ve por separado quizás la interdisciplina se da en un diálogo posterior entre nosotros. Se arma una hipótesis terapéutica entre todos" (E Nº 7)

La conformación de equipos y la posibilidad de trabajar desde una perspectiva integral se ve fuertemente condicionada por la experiencia de los profesionales previamente. La formación previa en instancias de trabajo que implican perspectivas interdisciplinarias vuelve plausible la posibilidad de desplegarlas en el ámbito de laboral cotidiano. La LNSM hace hincapié en la formación de los profesionales y en su decreto reglamentario señala que el Ministerio de Educación deberá adecuar los planes de estudio de formación de profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental, poniendo en resalto la capacitación de los profesionales en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria en salud, y de todas las áreas que intervienen en el orden intersectorial. Los entrevistados señalan que sus experiencias formativas han sido deficitarias en lo que refiere a trabajar interdisciplinariamente y abordar la salud mental desde una perspectiva integral. En

relación a la formación en psicología manifiestan que existe una predominancia del paradigma clínico asistencial, con escasa práctica vinculada al trabajo interdisciplinario y una fuerte orientación hacia el ámbito privado.

"Un problema es la formación del recurso humano. (...) Yo estudie en la UBA con una formación muy clínico-asistencial, entonces cuando de repente te plantean hacer otra cosa lo tenes que aprender. Entonces, si en la formación de grado ya se trabajara con el enfoque de la salud mental como parte de la salud integral, habría que cambiar la mitad de las materias de la facultad" (E Nº 1)

"Desde hace años no tenes antropología en el CBC, lo cual te cierra una perspectiva. Y después en la carrera nada, antes estaba pensamiento filosófico, antropológico, son todas materias que te enseñan a pensar de manera crítica (...) Se piensan corrientes teóricas, patológicas. El tema de la interdisciplina se lo ve teóricamente, son cinco años hablando de que es la interdisciplina y cuando llegas a la una práctica nunca trabajaste un problema con otro" (E Nº 3)

"La formación en psicología está muy orientada a lo privado, al consultorio, es muy dogmática." (E Nº 7)

"Sigue habiendo (en la carrera de psicología) una cosa muy fuerte de la clínica privada, clínica y clínica privada. Me parece que también tiene que ver con pensar cómo esto se discute en la facultad, como se ganan espacios ahí" (E Nº 3)

"Se prioriza la atención en el segundo nivel, con perspectiva privada. Hablo de la facultad de psicología. Se dejan de lado las prácticas de prevención, promoción, asistencia, educación para la salud, todo eso es subestimado" (E Nº 10)

En relación a la carrera de psiquiatría los profesionales consideran que se mantiene una hegemonía del MMH, con una perspectiva fuertemente biologicista (Menéndez: 1998) que no prioriza el trabajo en equipo, ni el dialogo con otras perspectivas y disciplinas. Centrar la formación desde una perspectiva que pueda cuestionar el MMH y que incluya en su desarrollo una concepción más integral de la salud, y de cuenta de diversas estrategias y concepciones propias de la APS, implicaría, consecuentemente poner en discusión rol del médico como hegemónico. Es decir, al estructurar el abordaje de las problemáticas de salud desde una articulación comunidad/sector salud, el médico pasa a constituir un rol técnico de referencia (Menendez: 1998) y es la articulación entre dicho rol técnico y la comunidad lo que se

vuelve central.

"En medicina, donde yo me forme, la carrera está estructurada como pedacitos del cuerpo más grandes o más chicos, y después pedacitos del cuerpo enfermos más grandes o más chicos. Y listo. Pero además, el sistema de salud está organizado de esa forma, no solo la formación. Porque después el hospital tiene diferentes servicios, y especialidades, y subespecialidades" (E Nº 7)

"Yo soy bastante crítica de lo que es la formación de los médicos en general. Una formación clásica que no te prepara para trabajar en equipo, ni en atención primaria, ni en estrategias de APS, ni nada. Y particularmente, en lo que es la ley de salud mental, la gente de la UBA, lo que es la cátedra de salud mental o psiquiatría están en contra. Va... no hablan de la ley. Así es difícil. Y también está la concepción de que la salud mental es muy neurológica" (E Nº 5)

"En medicina se desconoce totalmente todo lo que sea psi (...). Lo psicológico o lo psíquico es un planeta desconocido para los médicos. Y por otro lado, cada vez más se va hacia una psiquiatría neuro biologicista, detrás de la fascinación por la novedad, de creer que en el órgano está el problema, pero la salud mental es un poco más compleja" (E Nº 10)

Los espacios de formación se vuelven centrales a la hora de pensar cambios integrales en materia de salud mental, de lo contrario, la posibilidad de generar espacios de trabajo y abordaje interdisciplinario queda liberada a la suerte de los profesionales que se encuentran compartiendo un espacio laboral. El trabajo en relación a la formación, incorporando instancias de reflexión conjunta, pero además prácticas a lo largo de los trayectos formativos que permitan poner en juego la posibilidad de trabajar desde otra perspectiva es central a la hora de llevar adelante las modificaciones que la ley plantea en relación al campo de la salud mental.

"Hay que trabajar en la formación de grado y de posgrado, porque si no cambias un poco la cabeza y el enfoque te pueden dar todos los recursos solos y no sabes qué hacer con eso, tampoco servirá" (E Nº 1)

"Me parece que la formación es un punto muy, muy importante. Formación continua y permanente en relación a las prácticas" (E Nº 5)

La formación no solo se vuelve un obstáculo a la hora de llevar adelante un abordaje interdisciplinario, sino también en lo referido al desarrollo de prácticas en y con la comunidad, e incorporar una mirada comunitaria al campo de la salud mental,

que se centre en la atención primaria y en la cual la atención se despliegue mayormente fuera del ámbito de internación hospitalario, promoviendo los lazos sociales del paciente (Artículo 9)

"Ella tiene otra formación, hizo la residencia de educación para la salud y está más acostumbrada a que la salud mental es todo. Pero en el hospital no te enseñan que la salud mental es todo, salud mental somos los psicólogos y nada más, después yo tuve que adaptarme bastante para ver cómo era esto de meterse en salud mental en un centro de salud, porque yo tuve una formación bien de hospital, y es muy difícil que salgan a otros servicios, que compartan actividades con otros servicios del hospital (E Nº 2)

"Me parece que los trabajadores de la salud en general están muy poco acostumbrados a laburar en territorio, comunitariamente, en la interculturalidad. Me parece que es algo que aún no se hace, correrse, pensar desde otro lugar, tener una perspectiva más antropológica, entender más las historias de vida, creo que eso aún no se hace" (E Nº 8)

"La formación de grado deja bastante que desear en relación a cuestiones prácticas y a introducir la ley de salud mental" (E Nº 5)

Los procesos de formación, ya sea en instancias de grado, o en espacios de residencias y concurrencias, son centrales. Los mismos condicionan las prácticas que posteriormente serán posibles de ser pensadas por los profesionales y generan marcos de acción y percepción, abordajes de la realidad que se les presenta. De acuerdo a su formación los profesionales naturalizan ciertas prácticas y modos de acción, construyen sentidos sobre su profesión y disciplina y vedan la posibilidad de abordar las problemáticas desde otra lógica. La formación es central en la construcción de un habitus profesional, es la primera inserción al campo, y condicionará el posterior desarrollo que los profesionales tengan en su interior. Los marcos normativos no bastan para poder vehiculizar cambios al interior del campo, en la medida en que no sean acompañados por cambios más globales, que necesariamente revisen y pongan en cuestión las trayectorias de los profesionales, sus saberes, sus prácticas y sus formaciones.

5.3 Una constante: recursos insuficientes

En apartados anteriores hemos señalado que la desinstitucionalización, como puesta en práctica del proceso de desmanicomialización, implica una transformación institucional. La LNSM brinda un marco en este sentido, con algunas medidas regulatorias que prohíben la creación de nuevos manicomios y abren la puerta a transformaciones de las instituciones existentes, por ejemplo, en relación a las internaciones en hospitales generales.

La LSM en su artículo 9 señala que la atención debe basarse en los principios de atención primaria en salud, y reforzar, restituir y promover los lazos sociales de los pacientes. La APS se sostiene en la articulación comunidad- sector salud, y promueve la prevención y la promoción de la salud en ámbitos de la comunidad, con un fuerte enfoque intersectorial (Menendez: 2003). En este sentido, la lógica cerrada del manicomio no se encuadra en esta perspectiva. Es menester la creación de otros dispositivos que posibiliten y favorezcan otras prácticas vinculadas a cumplimentar los objetivos planteados por la reglamentación vigente. Frente a un marco normativo que implica volcar la atención hacia el ámbito comunitario, y hacia dispositivos no manicomiales los profesionales vivencian una falta de recursos, es decir, la imposibilidad de ajustarse a la ley por una carencia estatal.

"No hay una propuesta para decir "bueno, externemos a todos los pacientes del Borda, Moyano y Tobar García, que vivan acá y nos hacemos cargo" (E Nº 1)

"Tampoco se fortalecieron los lugares de atención locales, como este. Porque si me mandas una persona externada del Moyano y no me mandas ningún recurso, yo no puedo hacer magia" (E Nº 1)

La APS en tanto puerta de entrada al sistema implica entender a sus establecimientos como espacios estratégicos y centrales a la hora de abordar el sistema de salud (Testa: 1996). El fortalecimiento de los espacios locales y comunitarios con profesionales capacitados y recursos necesarios es central para que pueda conformarse una red que garantice el derecho a la salud de la población. Sin embargo los profesionales ven en su cotidianeidad una falta de dichos recursos

"La gente es desplazada, hay carencia de recursos" (E Nº 4)

"Necesitas recurso económico, pero para eso necesitas decisión política. No es una cuestión de plata sino de decisión, porque la plata después aparece" (E Nº 1)

Asimismo, la construcción de la propia red se dificulta en tanto los profesionales se encuentran con carencia de dispositivos intermedios a la hora de derivar a pacientes cuyas necesidades no pueden ser abordadas en el espacio local.

"Hay dificultades, por ejemplo, a donde derivar. Falta, lo habrás escuchado, dispositivos intermedios, alternativos a la internación. Hay, pero faltan. Y estamos viviendo en Buenos Aires" (E Nº 10)

"Para no manicomializar a una persona internada, ¿a dónde la mandas? Porque sino caes en la otra punta, en el abandono de persona, en dejar a una persona sin tratamiento" (E Nº 8)

"Los cambios que se propone la ley creo que impactan más en los Hospitales generales. Cuando yo entre a la residencia, ese año había salido la ley, y en el lapso de un año las consultas se duplicaron. ¿Qué pasó? Se empezó a restringir el ingreso a estos tipos de dispositivos totales, sin planificación, ni de los monovalentes, ni de los generales. Por lo cual empezó a haber una cantidad de pacientes haciendo fuerza por entrar al sistema." (E Nº 6)

Desde la perspectiva de los profesionales la falta de recursos condiciona sus prácticas. Si bien habíamos abordado que brindan especial atención a la dimensión de las prácticas, desconociendo, en ocasiones, el entrecruzamiento entre dichas prácticas y las instituciones por las que circulan, aparece aquí la dimensión institucional en diálogo con dichas acciones. Las decisiones a tomar, los modos de abordaje, las posibilidades de tratamiento, se ven condicionados por los recursos existentes. En la práctica este condicionamiento se vive angustiosamente, dado que los profesionales vivencian estos cambios como normativas que recaen sobre ellos sin que tengan las herramientas para dar respuesta.

"En la práctica, te encontrás con que tenés que derivar a una casa de medio camino y ver que no existe el dispositivo, pero lo que sí existen son entes de control, que se hacen presentes y exigen que eso se cumpla, pero que no forman parte de la cadena de responsabilidad con el paciente, por lo cual, de vuelta la pelota queda del lado del profesional. Y también termina perjudicando al paciente que termina esperando en una guardia de un

hospital general con todos sus derechos vulnerados, antes por lo menos venía a un hospital como este (Borda) sin tanta vuelta" (E Nº 6)

Asimismo, la falta de recursos antes descripta, como así también la inexistencia de una red de atención que los profesionales vivencian en el devenir cotidiano de sus prácticas, repercute en su labor, en los espacios donde se ubican. La APS implica necesariamente la articulación comunidad - sector salud (Menendez: 2003), consecuentemente las prácticas comunitarias, entendidas como aquellas desarrolladas en, para y con la comunidad, cobran un rol central. En este sentido, uno de los objetivos de la presente tesina refiere a analizar las implicancias de la LSM en relación al desarrollo de dichas prácticas. Pero al indagar dicha arista de la ley, la falta de recursos vuelve a aparecer como dimensión central.

A lo largo de las entrevistas han sido consultados actores involucrados en distintos niveles de atención. Para aquellos que integran el primer nivel y que se encuentran trabajando en Centros de Salud la preocupación central refiere a la falta de recursos para poder hacer frente a posibles externaciones de hospitales monovalentes, dicha carencia implica la imposibilidad de que esa práctica no solo suceda, sino de que sea posible de ser pensada. Es en este sentido que una entrevistada plantea que "no se fortalecieron los espacios locales como este" (en referencia a un CESAC), es decir que en dichos espacios, de acuerdo a las entrevistadas, no ha impactado una decisión política que abastezca de los recursos necesarios para poder desarrollar las estrategias necesarias para lograr el despliegue de una salud mental comunitaria. Sin perjuicio de esto, son justamente estos espacios los únicos en donde se han detectado prácticas comunitarias, sujetas sin embargo, como hemos trabajado en otro apartado, al recorrido formativo de las profesionales involucradas.

"En realidad nosotras hacemos distintos tipos de trabajos porque fue como una propuesta nuestra, porque en general en muchos centros el psicólogo solo hace atención clínica, como un consultorio privado o un consultorio externo de un hospital" (E Nº 1)

En el espacio del Centro de Salud se trabaja desde distintos programas que involucran prácticas comunitarias, como por ejemplo talleres en instituciones, charlas en colegios, entregas de preservativos en el barrio, grupos con mujeres víctimas de violencia, relevamientos casa a casa. Sin embargo, en otras entrevistas a profesionales de Hospitales generales y monovalentes la dimensión de las prácticas comunitarias no apareció como una modalidad de trabajo que llevan adelante.

"No, acá nosotros no hacemos trabajos con la comunidad. En realidad las veces que yo participe de trabajos con la comunidad fue desde consultorios externos, trabajo con padres de adolescentes pacientes y no pacientes, pero quizás porque tenes la posibilidad de tener otras salidas, desde la urgencia todavía no. Es algo que ni nos pudimos poner a pensar. Recién estamos saliendo de hacer el trabajo interno con la institución hospitalaria, eso sería piola pero lo veo más lejano." (E Nº 3)

La modalidad de abordaje que la ley propone se centra en los principios de la APS, sin embargo, los recursos no son destinados en ese sentido. Los dispositivos de atención locales no cuentan con recursos para hacer frente a las necesidades que se presentan, ni con profesionales que puedan responder a la demanda espontánea y al mismo tiempo desarrollar prácticas comunitarias a partir de un diagnóstico de la comunidad en la que se encuentran inmersos, vinculando en general dichas prácticas a sus inquietudes y trayectorias profesionales.

5.4 La internación: un significante en disputa

Hemos señalado que la desinstitucionalización constituye la puesta en acto de la desmanicomialización (Siculer: 2008). En los intersticios entre las prácticas y los espacios donde ellas se despliegan se juega la posibilidad de abordar la salud mental desde un paradigma diferente. La LNSM plantea algunas cuestiones concretas vinculadas a los espacios institucionales. En principio, la ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, mientras que los ya existentes deben adaptarse a los requerimientos de la ley hasta poder ser sustituidos por dispositivos alternativos (art. 27). En la reglamentación se plantea, además, que dicha sustitución debe ser cumplida para el año 2020.

En relación al proceso de atención, se establece que debe darse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, con un abordaje intersectorial e interdisciplinario, basado en los principios de la atención primaria en salud (art. 9), y se pone el foco en el reforzamiento de los lazos sociales del usuario, mediante la cercanía del tratamiento a su lugar de residencia, la articulación con el grupo familiar, la participación de recursos existentes en la comunidad, etc. (Decreto reglamentario, artículo 9). En este sentido la atención se vuelca a otros dispositivos y abordajes, restringiendo al máximo la internación.

La ley cuenta con un apartado específico referido a la internación. Allí se la define como "recurso terapéutico de carácter restrictivo" (art. 14) y también se establece que debe ser lo más breve posible (art 15). En aquellos casos donde la internación se da de forma involuntaria se señala que la misma se constituye en un recurso terapéutico excepcional, que sólo puede realizarse cuando el equipo tratante considere que existe riesgo cierto o inminente para sí o terceros (art. 20). En relación a los dispositivos encargados de la internación, la ley plantea que las mismas deben efectuarse en hospitales generales (art. 28)

Vemos como la internación, por lo tanto, es un punto central de la normativa. Se le brinda especial atención e interés, esto repercute en los profesionales dado que incide, en mayor o menor medida, en sus prácticas cotidianas, y también despierta la posibilidad de repensar dicha práctica.

"Para mí hay que pensar la internación. No vamos a decir que no es necesaria, en muchos casos es necesaria y me parece fundamental. Pero acuerdo con que es la última

posibilidad, el último recurso. Me parece que sería preventivo generar espacios en los dispositivos de atención primaria, para pensar los casos que antes terminaban en derivación a algún monovalente" (E Nº 9)

"Aparece en el texto de la ley la internación como último recurso, y eso es un espíritu ingenuo y naif. La internación no es ni un ultimo, ni un primer recurso, es un recurso terapéutico. Si alguien necesita ser internado porque tiene diabetes, no es un último recurso. El problema es que cuando la internación era manicomial, una vez que lo internaban, en el siglo XIX, no salía más. Eso está muy bien y muy claro en la ley. Pero ese apartado donde dice que la internación es el último recurso es desconocer cómo se trabaja en salud mental" (E Nº 10)

"La internación es un recurso. No tiene que ser el de primera instancia, pero a veces hay pacientes que lo necesitan, que te lo piden" (E Nº 3)

Vemos que, incluso entre los profesionales, existen concepciones disímiles en relación a la internación. Sin embargo acuerdan en tomar una conceptualización que la ley brinda que consiste en pensar la internación como recurso. La internación como recurso la coloca en el orden de las herramientas, de los instrumentos con los que los profesionales cuentan para poner en marcha un abordaje terapéutico. Acuerdan, por tanto, en que es una herramienta que no puede ser dejada de lado, ahora bien, debe ser abordada como primera instancia o como última, ¿eso puede ser acaso determinado por ley? Podríamos pensar que el significante internación no se encuentra aislado en el campo de la salud mental, sino que se encuentra entramado en una cadena significante que lo pone en diálogo con otros tales como: encierro, manicomio, objetivación, medicalización. En dicha cadena es donde el sentido insiste (Lacan: 1975)

Ahora bien, otra serie de enunciados, se articulan en el marco de un nuevo paradigma en salud mental, enunciados que se relacionan y se alinean en nuevas formaciones discursivas (Foucault: 1970). Dichas formaciones discursivas operan sobre la cadena significante antes descripta y pujan por ubicar a la internación por fuera de esa lógica, y re significarla como herramienta al interior de un abordaje de la salud mental con una perspectiva no manicomial. Si el significante internación hace sentido en la formación discursiva ligada al paradigma manicomial vacía su sentido en tanto acción terapéutica, ahora bien si logra ser re inscripto en tanto recurso en el marco de prácticas no manicomiales recobra su fuerza en el campo. En este sentido, esquemáticamente, la LNSM pone especial interés al carácter terapéutico de la internación, en contraposición a prácticas que implican sanciones o castigos por la vía del encierro. Las formaciones

discursivas tienen su movimiento en las relaciones de poder, la instauración de un paradigma desmanicomializador en el campo de la salud mental, es un proceso abierto, que libra pujas y relaciones de fuerza por la disputa de ciertos sentidos al interior del campo. Deconstruir la unidad de los enunciados que se inscriben en formaciones discursivas manicomiales implica re conceptualizar las categorías desde una lógica disímil. La reconfiguración de enunciados en torno a la internación es un ejemplo de esta puja por el sentido al interior de un campo en movimiento.

"Creo que la ley viene a incidir, guste o no, en lo que existe. Creo que en otro momento la cuestión de la internación estaba muy presente en los casos de urgencia. Y ahora eso, de alguna manera, se ve atravesado por la ley" (E Nº 9)

Ahora bien, al incluir la internación en salud mental en Hospitales generales otra cadena significante se abre allí: internación- dolor- padecimiento físico. En el marco de los Hospitales generales la internación no funciona como encierro o disciplinamiento sino como recurso temporal destinado a la solución de un malestar físico que acontece. En este marco la irrupción de la internación en salud mental es vista de modo hostil.

"También es complicado lo que plantea la ley en relación a la internación en Hospitales Generales. Los Hospitales están muy en contra de eso. Si no trabajas con la gente es muy difícil, porque ellos lo ven como dos o tres camas para locos, "vas a sacar las camas de clínica y nos vas a poner tres locos que gritan, ¿que hago?" Los cambios no pueden venir de arriba para abajo y listo, arréglate" (E Nº 1)

"El paciente social, la violencia familiar, son todas cuestiones que si no hay signos físicos no lo puedo meter en la clínica porque no hay criterio de internación. Si no tiene criterio de internación te lo patean porque es un caso social, entonces el caso social no entra en ningún lado. Entonces, hay un trabajo de hormiga en la guardia que trata de integrar un concepto de salud que ya tendría que estar integrado" (E Nº 2)

"Nosotros tuvimos una situación donde terminamos internado un paciente peleando, porque la pelea que vos tenes con el resto de tus compañeros de la guardia, es que si viene un abdomen agudo necesitamos una cama. Fue todo un trabajo hacerles entender que nuestros pacientes también necesitan una cama, que no es que por no tener dolor físico no lo necesitan" (E Nº 3)

La internación por fuera de los hospitales monovalentes, tal como plantea la LNSM, abre la disputa al interior del campo de la salud. Un padecimiento que no es

físico no cobra sentido como padecimiento. La internación en tanto recurso no puede ser utilizada por los profesionales de la salud mental, como si es utilizada por otros profesionales del campo de la salud. El carácter terapéutico de la internación queda por fuera, tanto en las instituciones de encierro como en otros dispositivos. La internación se vuelve un significante en disputa tanto al interior del campo de la salud mental, donde puja por imprimir su sentido terapéutico, como al interior del campo de la salud donde debe legitimarse como recurso necesario.

5.5 Comunicación para la desmanicomializacion

En el presente apartado abordaremos las diversas concepciones que los profesionales poseen en relación a la comunicación, y los diversos niveles en los cuales esta se despliega. Hemos visto que ellos dan cuenta de una concepción integral de la salud (Beltrán: 1998), entendiendola como fenómeno social y asumiendo que los sujetos no solo dan significado técnico a sus problemas. Desde esta mirada la comunicación se vuelve central en tanto espacio de encuentro entre diversos actores inscriptos en el campo que despliegan sus prácticas a partir de distintas matrices culturales (Masoni: 2000). Asimismo, concepciones instrumentales y procesuales de la comunicación aparecen entrecruzadas y en diálogo en el discurso de los profesionales. Intentaremos, en este apartado, dar cuenta de dichas complejidades.

Primer nivel: Información para participar

La tarea de comunicar en el ámbito de la política pública en general, y la política de salud en particular consiste, quizás principalmente, en instalar conversaciones (Bruno: 2012). La comunicación, en su doble juego de proceso y estrategia (Beltrán: 1998), se despliega como espacio central de apertura de debates necesarios para la vehiculización e implementación de las políticas públicas.

La LNSM se presenta como cristalización normativa de una serie de disputas al interior del campo que lejos de estar saneadas con la reglamentación se despliegan cotidianamente en el orden de las prácticas sociales de los actores inscriptos en el campo (Massoni: 2000). La construcción de escenarios de encuentro y de debate consiste en un aporte fundamental de la comunicación para poder dar curso a esas disputas en torno a una implementación plena del derecho a la salud.

Como condición necesaria para instalar dichos debates “la información debe ser socializada para que a partir de ello la gente pueda tomar decisiones” (Bruno: 2012). A partir del desconocimiento es imposible poder ejercer el derecho a participar en el curso de la política pública.

“Algunos usuarios conocen la ley y otros no. Mayoritariamente me da la impresión de que no. Eso es otra cosa que la comunicación en el plano social podría aportar, para que

cualquiera sepa que hay una ley, que te da derechos. Comunicación masiva, no sé cómo se llama. No en el sentido de propaganda en la tele, capas carteles en los hospitales" (E Nº 7)

"Una de las cosas que falta, para implementar la ley, es que la gente no la conoce. Si vos te salis del círculo de salud mental, no la conoce nadie" (E Nº 5)

Los profesionales señalan que existe, por parte de muchos de los usuarios, un desconocimiento de la ley, consecuentemente, un desconocimiento de los derechos que dicha legislación les otorga. La accesibilidad de la ciudadanía a la información adecuada se presenta como asignatura pendiente, no existen mecanismos formales y periódicos de información (Bruno: 2012) acerca de los derechos que la ley otorga, por lo que dicha tarea queda, muchas veces, en manos de los profesionales, o en su defecto a merced de la trayectoria de cada usuario en particular.

"Me parece que a la ley la conocen pocos usuarios. La conocen aquellos que tienen un equipo tratante piola que les cuenta, pero después los usuarios no tienen ni idea ni de sus derechos ni de nada" (E Nº 5)

"Yo creo que en relación a la nueva ley los pacientes tienen desconocimiento. (...) Los pacientes que son atravesados por la ley todo el tiempo, si ya te dicen "a mí no me podes internar porque yo tengo derecho, si yo no quiero...", ellos tienen más conocimiento pero por la misma situación en la que están (...) Me parece que es más por estar judicializados, no porque se haga un trabajo con ellos y con la familia" (E Nº 3)

No existe, por lo tanto, una política comunicacional institucional destinada a acercar la información necesaria al grueso de la población, posibilitando la participación de todos los actores en la plena ejecución de la normativa. Retomando a Bruno (2012) sería interesante recuperar y resituar la prensa institucional, como herramienta para acercar la información pública a los ciudadanos y garantizar su derecho a la información, en un contexto donde dicha tarea no puede ser dejada en manos de los medios masivos de comunicación. Podríamos asociar este primer nivel de análisis a una perspectiva más instrumental de la comunicación (Lois: 2013), asociada al manejo de técnicas y medios de comunicación, pero es interesante pensar el desarrollo de dicha "prensa institucional" o la difusión de la información, sin acotarla a los medios (aunque estos resulten indispensables en la tarea) y también aportar a instancias más micro,

como lo señalado por el entrevistado que mencionaba la posibilidad de difusión en los espacios de tránsito de los usuarios, como los hospitales. Es interesante recuperar este primer nivel, vinculado a la difusión de información desde su doble juego de lo micro y lo macro, para poder garantizar el acceso a la información de toda la población.

Segundo nivel: instalar el debate

El acceso de la población a la información es central a la hora de generar y posibilitar la participación de los mismos en los debates de agenda pública. Ahora bien, sabemos que la mera transmisión de información es condición necesaria pero no suficiente. No se puede brindar un poder grandilocuente al emisor negando o desconociendo las negociaciones y mediaciones a las que los receptores someten los mensajes recibidos (Lois: 2013), como tampoco se puede desconocer que más allá de la información con la que los diversos actores cuenten a la hora de encarar el debate, los mismos no se encuentran en igualdad de condiciones en la conversación o conversaciones a encarar. En este sentido, Bruno (2012) señala que "no deberíamos soslayar la desigual distribución del poder de incidencia de los actores sociales en lo público".

"Yo creo que los usuarios de salud mental, y nosotros que luchamos por esto, somos bastante silenciosos. Creo que hay un punto donde es raro que, así como se vio lo de la Ley de Medios, que salió toda la gente a la calle, si quieren tocar la Ley de Salud Mental saldremos nosotros… veinte. Aun la gente que estaba internada, puede estar súper agradecida y todo, pero no es gente que esté acostumbrada a salir a la calle a pelear por sus derechos, porque estuvo toda la vida invisibilizada. Entonces para mí no hay apoyo político, ni tampoco uno hace el suficiente ruido como para que lo haya. Hay un punto donde fallamos, si no estamos pudiendo transmitir" (E Nº 8)

Actores históricamente excluidos de espacios de debate público se encuentran ubicados en condiciones desfavorables sin la construcción de espacios para que puedan expresarse en condiciones legítimas de enunciación (Bruno: 2012) La participación es un ejercicio que se construye en la práctica, sin generar las condiciones para que dicha práctica se establezca es complejo poder vehiculizar la participación genuina de sectores que han sido históricamente excluidos del debate público. El rol de la comunicación en los procesos de cambio consiste en generar espacios de intercambio que pongan en

cuestión la circulación del poder y encontrar los espacios de mediación donde el sentido se pone en disputa a través de diversas relaciones de fuerza (Massoni: 2000)

"Es muy difícil llevar adelante un proceso de ese tipo si la gente piensa que eso implica cerrar un hospital, dejar a la gente que necesita ayuda en la calle y a los profesionales sin trabajo. Creo que hay un punto donde faltó y falta mucho laburo con la población y con los profesionales porque a mí me asombra todavía, que a veces me junto con compañeros que no saben de la ley, o que no están de acuerdo con una ley que otorga un montón de derechos" (E Nº 8)

Es importante analizar, por lo tanto, como los receptores de dicha información la interpretan y canalizan. Recuperar una visión relacional de la comunicación, donde se ponga en primer plano la construcción social de sentido y se enfatice la visualización de las cuestiones estructurales y los contextos en los cuales los sujetos generan sus ideas e imaginarios (Cuberli: 2008). La ley puede ser una institucionalización de derechos para trabajadores y usuarios de la salud mental o un modo de cerrar hospitales y dejar personas sin trabajo de acuerdo a las matrices socioculturales desde las que los actores insertos en el campo analicen y perciban los cambios que allí se están desplegando (Massoni: 2000). El trabajo por la disputa de esos sentidos es fundamental a la hora de instalar procesos de cambio: disputar los sentidos de salud que circulan y se negocian en el campo, los sentidos del derecho e incluso de las dolencias o padecimientos que los usuarios presentan. Trabajar sobre los imaginarios para poder instalar conversaciones plurales y democráticas.

"Creo que poder trabajar la nueva ley con otros compañeros seria bárbaro, sobre todo para poder pensar la salud como derecho, yo creo que hay algo de esto que no está instalado. (...) Los médicos muchas veces te decían "Es una H", ¿Que es eso? Hasta que capte que era una histeria. Poder desarmar ese prejuicio de que como no tiene nada físico viene a molestar, y pensar que si uno viene porque está angustiado es válido. Poder pensar la salud integral, la salud mental como padecimiento, esto también es todo un logro" (E Nº 3)

Generar espacios de intercambio a nivel organizativo es fundamental para disputar la institucionalidad como espacio de mediación central (Barbero: 2003) Construir espacios de encuentro y concertación, donde se activen redes de mediación entre los actores del campo. Pero asimismo, ampliar ese debate a nivel comunitario o

social, con acciones que interpelen a la sociedad en general para instalar temas y enfoques en la agenda mediática desde una perspectiva de derechos (Bruno: 2012)

"También me parece importante que la gente sepa. No sé, si vas a poner una casa de medio camino acá y venís a preguntar a la cuadra, nadie va a querer a los locos en la cuadra. Entonces todo eso es un problema. En ese sentido se tiene que trabajar con la gente, yo trato de no pensar que son todos unos pelotudos, creo que se parte del desconocimiento, A parte todas las noticias que salen por el noticiero es "el loco que quemó la casa y mató a no sé cuantos", entonces... Pensar que la locura es eso es difícil. Entonces hay que hacer mucho para que la gente empiece a entender que es distinto" (E Nº 5)

"Yo creo que falta eso entre los profesionales, y con la gente también… Si vos prendes la tele… ¿Cuántas veces prendes la tele y ves: "pirulito mato a tal" "ese esta re loco"? Entonces la gente que ve eso… Si vos transmitís que la gente que comete delitos está loca, la gente piensa que los locos cometen delitos. Lo que más me espanta es eso. Porque es muy difícil cambiar lo que la gente piensa si todo el tiempo estas transmitiendo esos discursos" (E Nº 8)

Repensar la interlocución entre agendas ciudadanas, agendas mediáticas y agendas públicas se vuelve central a la hora de instalar debates (Bruno: 2012). La construcción mediática de las problemáticas sociales instala discursos hegemónicos en torno a la locura y las problemáticas de salud mental, que dialogan con el modo en que los ciudadanos reciben la información de la que hemos hablado en el apartado anterior. Es por esto que no basta con difundir, sino que es necesario disputar y poner en tensión esos sentidos. Intervenir el Estado y lo público desde la comunicación implica recuperar su dimensión estratégica para poner en tensión los discursos que se anquilosan al interior del campo y negociar los significados y los sentidos que los actores brindan a sus prácticas y percepciones.

Tercer nivel: Lo micro

El doble juego de proceso y estrategia de las definiciones de Comunicación en Salud (Beltrán: 1998) se despliega en los espacios micro, es decir, en las instituciones donde los actores cotidianamente interactúan y negocian los sentidos de sus prácticas. Allí la comunicación se les presenta a los profesionales como herramienta o instrumento para sus acciones cotidianas y su práctica laboral.

"Creo que la comunicación daría lugar a abrir un montón de demandas, pero también a encaminar un montón que no llegan donde tienen que llegar, y al perderse en el camino terminan sin tratamiento, sin hacer una denuncia, sin un abordaje adecuado" (E Nº 3)

Los profesionales ponen en práctica todos los días instrumentos de comunicación, se comunican entre ellos y con los pacientes por diferentes medios y vías y encuentran allí obstáculos que entorpecen el proceso de atención en muchas ocasiones

"Vos le escribís una hojita para que haga la consulta con el psiquiatra, el paciente lo lleva y el psiquiatra debería completarlo. Ponele que tiene la suerte de conseguir turno, lo ven, pero el papelito nunca vuelve. Ahí hay una falla de comunicación. Es muy difícil sin ese sostén implementar un seguimiento de una persona que se inserta nuevamente en la sociedad" (E Nº 1)

"Le mandan una notita al hospital central: "fulana de tal necesita atención", pero no hay ni un resumen, ni un diagnóstico. Y viceversa. Falta lo que se llama referencia y contra referencia. Ese es un problema" (E Nº 10)

La imposibilidad de instrumentar herramientas de comunicación que les permitan a los profesionales tener un diálogo fluido complejiza la situación. La comunicación puede llegar a ser más fluida al interior de una misma institución, pero cuando se trata de un diálogo entre instituciones el panorama se vuelve más complejo. Partiendo de que la ley de salud mental plantea un abordaje de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria y multi actoral, el diálogo fluido, constante y retroalimentado entre diversos espacios institucionales se vuelve central a la hora de garantizar los derechos allí establecidos.

"Otro punto de falla es que hay un problema de recursos humanos y comunicación, porque se desconocen todas las actividades del otro. Tanto del centro de salud en relación al hospital central como al revés. Y es muy difícil armar una red de intercambio y de comunicación. Mientras el hospital central está yendo hacia la historia clínica unificada, digital, etc., en los centros de salud no tienen teléfono" (E Nº 10)

Generar dicha red de intercambio es fundamental a la hora de pensar en el despliegue de una política pública en salud mental que permita la incidencia y participación de todos los actores. Y para esto es fundamental el diálogo fluido entre todos los actores intervinientes. En principio en el marco de la relación interpersonal entre el equipo tratante y los usuarios de salud, también entre los propios profesionales de una misma institución y entre los diversos espacios institucionales que inciden en

garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Apuntar desde lo micro (comunicación interpersonal) hasta lo macro (disputar sentidos que circulan en la esfera pública y generar conversaciones entre todos los miembros de la sociedad) implica revitalizar la dimensión estratégica de la comunicación introduciendo cambios en los diversos niveles interconectados.

CAPITULO VI

Conclusiones

En el presente capitulo daremos cuenta, en principio de las principales conclusiones a las que hemos arribado a lo largo de la presente tesina, intentando interconectar las diversas aristas de análisis desplegadas en el capitulo anterior.

Luego abordaremos algunas consideraciones metodológicas, dando cuenta de las redefiniciones y redireccionamienos que se dieron a lo largo de la investigación para la construcción del objeto de estudio, y también detallando algunas consideraciones en relación a la metodología utilizada, como así también diversas propuestas para encarar futuras investigaciones bajo la misma temática.

Por último daremos cuenta de las conclusiones finales de la investigación, recuperando la dimensión estratégica de la comunicación para la efectiva implementación de la LNSM.

6.1 Recursos y discursos: Algunas reflexiones en torno a los ejes de análisis

El objeto de este aparado es poder retomar las principales conclusiones de los ejes problemáticos abordados en el Capitulo 5, y ponerlos en dialogo, entendiendo que el cruce entre las diversas aristas de análisis permite dar cuenta de una mirada más integral acerca de los alcances de la implementación de la LNSM en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Un primer eje de análisis nos ha permitido tener un acercamiento a la mirada que los profesionales poseen sobre la desmanicomialización. Allí pudimos dar cuenta de la relevancia central que los profesionales brindan a la dimensión de las prácticas para la efectiva implementación de la LNSM, y para el abordaje de la salud mental desde una perspectiva integral. Ahora bien, hemos podido analizar el modo en que dichas prácticas traccionan y se ven condicionadas por los espacios institucionales en los que se despliegan. Operar en la tensión entre aquellas dinámicas instituidas en los espacios de trabajo, y las prácticas instituyentes que buscan recuperar otras lógicas de atención nos permite poner el foco en un espacio central de tensión y puja dentro del campo para posibilitar y llevar adelante el proceso de desmanicomialización. Recuperando a Barbero (2003) es importante conceptualizar a las instituciones de salud como parte de las mediaciones que orientan las practicas. En dicha institucionalidad pujan intereses y poderes contrapuestos, los discursos se regulan y buscan instituirse. Ahora bien, es importante tomar la dimensión institucional desde su complejidad, es menester abordar un proceso de desinstitucionalización, que cuestione y modifique las instituciones existentes, pero sin caer en circunscribir la desmanicomialización solo la problemática del encierro.

Un segundo eje de análisis nos ha permitido poner el foco en la interdisciplina como arista central para el proceso de desmanicomialización. La mayoría de los profesionales entrevistados comprende a la salud mental desde una perspectiva integral, esto les permite dar cuenta de la imposibilidad de abordar las problemáticas del campo desde una sola disciplina. La construcción de intersaberes, las instancias de reflexión conjunta y el trabajo en equipo se vuelven claves para el trabajo cotidiano. Ahora bien, la mayoría reconoce que sus experiencias formativas han sido en general obstaculizadoras del desarrollo de prácticas interdisciplinarias. Los espacios de formación, tanto en instancias de grado, concurrencias y residencias, aparecen como limitantes. Si bien la LNSM pone atención en la necesidad de reformular planes de

estudio y trayectorias formativas en consonancia con sus planteos, se abre allí otro espacio de disputa al interior del campo de la salud mental. Se presenta, aquí también, una puja entre formaciones instituidas, que cuentan con legitimidad en los espacios de formación (tanto académicos, como hospitalarios) y tendencias instituyentes que, de la mano de la LNSM, buscan instalar otra perspectiva en torno a la salud, que ponga en cuestión el MMH y el rol central del saber medico por sobre otras disciplinas y conocimientos involucrados en el proceso de enfermedad/salud/atención.

Un tercer eje problemático se ha presentado en relación a la falta de recursos, o la insuficiencia de los mismos, para poder llevar adelante un abordaje centrado en la APS. Sin profesionales capacitados, recursos y redes, la APS deja de convertirse en una puerta de entrada al sistema, y se despliega una atención primitiva de salud (Testa: 1996), donde se desdibuja el rol estratégico y fundamental de los dispositivos y efectores de atención primaria. Hemos concluido, además, que estas limitaciones repercuten en la posibilidad de los profesionales de desarrollar prácticas comunitarias poniendo el foco en la articulación comunidad-sector salud como arista clave y central de la APS.

Un cuarto eje de análisis nos ha permitido analizar a la internación como significante en disputa al interior del campo de la salud mental. Los profesionales despliegan concepciones disimiles en relación a la internación, sin embargo, coinciden en conceptualizarla, al igual que la ley, como un recurso. Al interior del campo de la salud mental, la internación puja por imprimir su sentido terapéutico, desprendiéndose de la cadena discursiva que la asocia a la lógica manicomial, el encierro y el castigo. Asimismo, se abre otra disputa de sentido al interior del campo de la salud en general, donde debe legitimarse como recurso necesario, dado que aquel padecimiento que no presenta correlato físico consecuentemente no posee, dentro del campo, criterio y legitimidad de internación. Prima en esta dinámica el MMH, que deja por fuera una visión integral de la salud, y circunscribe los padecimientos a cuestiones de índole físico.

Por último nos hemos abocado al rol de la comunicación en el proceso de desmanicomialización, distinguiendo diversos niveles de acción interconectados. En principio analizamos la necesidad y la importancia de contar con información como premisa central para la participación en los debates que se despliegan. Los profesionales han señalado que muchos usuarios desconocen la LNSM, y consecuentemente los derechos que allí se condensan. Recuperando una mirada más instrumental de la

comunicación, es importante poner en primer plano su carácter de herramienta para poder socializar y poner en circulación la información necesaria para garantizar el acceso de toda la población. Por otro lado, hemos abordado una dimensión más procesual de la comunicación, recuperando la construcción social de sentido, y la importancia central de instalar debates y generar espacios de discusión y de disputa de sentidos al interior del campo, construyendo espacios legítimos de enunciación para todos los actores involucrados. Por último, analizamos la comunicación desde una perspectiva más micro, dando cuenta de la imposibilidad de instrumentar herramientas de comunicación que les permita a los profesionales tener un diálogo fluido. La comunicación puede llegar a ser más fluida al interior de una misma institución, pero cuando se trata de un diálogo entre instituciones el panorama se vuelve más complejo. Partiendo de que la LNSM plantea un abordaje de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria y multi actoral, el diálogo constante y retroalimentado entre diversos espacios institucionales se vuelve central a la hora de garantizar los derechos allí establecidos.

Recuperando y poniendo en dialogo lo que ha sido detallado, es importante remarcar el rol de la desinstitucionalización como arista central del proceso de desmanicomializacion. Hemos visto como los espacios por lo que los profesionales transitan condicionan sus prácticas, dado que las diversas dinámicas institucionales instituyen modos de hacer y actuar como legítimos y hegemónicos. Poner en cuestión esas lógicas naturalizadas implica transformar las instituciones por las que los profesionales transitan. En dicha transformación institucional resulta central la creación de nuevos espacios y dispositivos que se enmarquen en los lineamientos normativos vigentes. La desinstitucionalización implica la construcción de heterogeneidades organizadas (Rovere: 2006) es decir, de redes en su concepción vincular que no necesariamente respondan a lógicas piramidales y que involucren a todos los actores. Redes intrainstitucionales e interinstitucionales que no se agoten en la referencia y contra referencia como "peloteo de pacientes" sino que construyan vínculos solidarios entre personas.

Ahora bien, los modos de hacer y pensar de los profesionales, no se encuentran condicionados únicamente por el espacio donde se despliegan, sus trayectorias y formaciones también operan como condicionamientos para el desarrollo de ciertas prácticas. Como señalan Rovere y Abramzon (2005), es impostergable pensar en la formación de los profesionales de la salud, y en este sentido es fundamental que las

instituciones formadoras "se conviertan en actores centrales y referentes éticos en la defensa del derecho a la salud de la población". Para llevar adelante un proceso transformador en el campo de la salud es prioritario poder formar profesionales que conciban la salud desde una perspectiva integral, y es necesario poder desplegar trayectos formativos (tanto desde lo académico, como desde la práctica profesional) que pongan en cuestión el MMH centralizando la atención a través del equipo de salud y la construcción de inter saberes (Stolkiner 2005). En la actualidad ambos modelos, la perspectiva de salud integral y el MMH, conviven en el campo de la salud mental. Ejemplo de esta disputa son las conceptualizaciones vigentes en torno a la internación y las disputas por el sentido de dicha práctica.

Vemos como, por lo tanto, un verdadero proceso desmanicomializador necesita, necesariamente, de recursos y discursos para su desarrollo. Los recursos son un puntapié necesario para el despliegue de nuevas prácticas, pero deben ir acompañados por una disputa de los discursos que pujan por hegemonizar el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular. La LNSM constituye un esfuerzo de diversos actores del campo por vehiculizar una transformación desde una perspectiva desmanicomializadora, pero la ley es un punto de partida, no un punto de llegada. La legislación vigente brinda las herramientas para dar ciertas disputas, pero las mismas se revitalizan en la práctica cotidiana de los profesionales y en la posibilidad de todos los actores de construir espacios de debates y consensos, de organización y transformación. Introducir una perspectiva comunicacional al proceso de desmanicomializacion nos permite dar inteligibilidad a esos espacios que se despliegan desde lo micro hacia lo macro. Brindar información, construir instancias de dialogo y debate, y disputar sentidos hacia el interior del campo de la salud, pero también hacia el grueso de la sociedad, instalando en la agenda (publica, social y mediática) la salud mental desde una perspectiva de derechos, son tareas insoslayables donde nuestro campo puede brindar grandes aportes.

6.2 Consideraciones metodológicas

Construcción del objeto de estudio

Es importante señalar, algunas salvedades y reformulaciones necesarias que se han dado a lo largo del proceso de investigación a medida que se ampliaba la aproximación al campo.

Una primera aproximación al campo de la salud mental, y la construcción de los primeros objetivos de investigación, estuvo signada por el interrogante de conocer los aportes que la comunicación, en tanto campo disciplinar, podía brindar a los procesos de desmanicomialización. Este primer objetivo partía del análisis de la normativa vigente, que al abandonar nominalmente un paradigma centrado en componentes y características biológicas y psicológicas, y abrirse al abordaje de la salud mental como proceso atravesado por componentes culturales, históricos, sociales, económicos, permite la posibilidad de pensar políticas públicas que no se agoten en lineamientos clínicos. Una mirada integral de la salud mental, con foco en la atención primaria y centralidad de la propia comunidad para el abordaje de las problemáticas, abre la posibilidad de pensar el rol de la salud mental comunitaria como nuevo paradigma frente a la lógica manicomial hegemónica, y en este cambio aparecía como posibilidad poner de relieve la importancia y el rol de las prácticas de comunicación comunitaria como procesos y espacios de producción social de sentido y de acción política claves para llevar adelante estas modificaciones, tanto desde el Estado como desde las organizaciones de la sociedad civil.

Sin embargo, las primeras aproximaciones al campo, demostraron la lejanía de este horizonte. Solo un comunicador en toda la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra trabajando de forma permanente en un centro de salud (y su práctica cotidiana no se relaciona con las inquietudes planteadas en la presente investigación). La inserción de profesionales del área en los distintos efectores de salud es aún muy escasa, y nula si nos centramos específicamente en el análisis de equipos de salud mental. La imposibilidad de contar con comunicólogos insertos en el campo generó un viraje de objetivos, ampliando la indagación hacia otras aristas de implementación de la normativa vigente.

En este sentido el foco fue puesto en trabajo de equipos de salud mental, particularmente en lo referido a prácticas en y con la comunidad, y también en relación a su trabajo interdisciplinario, entendiendo que ambas aristas son centrales en la ley. En

una nueva aproximación al campo, se presentó la dificultad de acceder a entrevistas con equipos de salud mental. En muchos de los efectores no existen equipos permanentes de salud mental, sino que las articulaciones se desarrollan de forma más esporádica, de acuerdo a objetivos o programas puntuales. Frente a esta constatación se determinó mantener los objetivos planteados pero poniendo el foco en la mirada de los profesionales de forma individual, indagando en cada caso la existencia o no de equipos de trabajo interdisciplinarios, como así también el desarrollo o no de prácticas comunitarias en el marco de su trabajo cotidiano. Abriendo la posibilidad de indagar, de esta manera, los alcances de la ley en estas aristas, como así también las limitaciones, desde la mirada y la percepción de los propios profesionales, analizando si en el marco de la sanción y reglamentación de normativas que permiten pensar diversos cambios en materia de salud mental estos movimientos se han dado, o no.

Propuestas de líneas de análisis

El presente trabajo ha sido desarrollado, como hemos descripto, desde un enfoque cualitativo, tomando como escenario una muestra no representativa de integrantes de equipos de salud mental que desarrollan sus tareas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Con el objetivo de brindar una aproximación integral que permita una descripción de la implementación de la legislación se han realizado entrevistas a diversos efectores de salud mental. El criterio de la muestra tuvo como objetivo tener alcance a todos los niveles de atención. Ahora bien, sería interesante poder contar con investigaciones específicas de cada nivel de atención desde una perspectiva comunicacional, para poder dar cuenta de las especificidades de cada uno. Entiendo que la presente investigación permite dar cuenta de aquellos puntos de entrecruzamiento que han resultado emergentes de todas las entrevistas, sin embargo, podría resultar interesante dar cuenta de las problemáticas especificas de cada nivel con un detalle más exhaustivo.

En relación al recorte metodológico también es importante señalar que la presente tesina se ha abocado únicamente al análisis de la Ciudad de Buenos Aires, sería necesario indagar los alcances de la normativa vigente en otras jurisdicciones, que permita tener una perspectiva federal de las transformaciones que se dan en el campo de la salud mental. Teniendo en cuenta las especificidades de cada provincia en materia de salud mental, dado que algunas de ellas, poseen legislaciones pre existentes, en

ocasiones acompañadas por movimientos pioneros en materia de desmanicomialización, como por ejemplo el caso de Rio Negro.

En relación a la técnica utilizada, entiendemos que la misma ha sido pertinente para arribar a los objetivos planteados. Las entrevistas han permitido conocer el modo en el cual los profesionales vivencian y describen sus prácticas en sus propios términos, y ha resultado central poder encarar el análisis desde sus propios discursos, ya que son ellos quienes ponen el cuerpo, día a día, a la efectiva implementación de las políticas públicas en salud. Ahora bien, en virtud de las conclusiones del presente trabajo podemos abrir algunos interrogantes. Hemos concluido en la presente investigación que tanto la formación académica como las trayectorias de los profesionales son aspectos significativos para vehiculizar y desarrollar cambios en el campo de la salud mental, asimismo hemos visto como estas dos aristas resultan condicionantes a la hora del desarrollo de determinadas prácticas y también visiones que los profesionales poseen de la salud en general y la salud mental en particular. Teniendo en cuenta esto, nos preguntamos si haber accedido a las entrevistas mediante el efecto "bola de nieve" podría haber generado cierta homogeneización en las respuestas de los profesionales, dado que los mismos han compartido justamente espacios tanto de formación como de trabajo. Consideramos que es un interrogante abierto a tener en cuenta en futuras investigaciones para la construcción de las muestras.

Por ultimo me interesa señalar algunas líneas de análisis que se desprenden del presente trabajo. Creo que sería interesante poder profundizar aquellos aspectos emergentes del análisis, vinculados a la comunicación. En principio, podría resultar pertinente indagar la implementación de la ley desde la mirada de los usuarios. Esto brindaría una perspectiva más integral de los alcances. También me parece importante analizar el modo en el que desde el Estado se acerca la información a la población, esto implicaría analizar diversos niveles, desde la información a la que se accede en los propios efectores de salud, como las campañas desplegadas. Y permitirá, además, generar propuestas y aportes.

Por último, sería interesante indagar el modo en que las problemáticas de salud mental circulan en los medios masivos de comunicación. En este sentido, durante el desarrollo de esta investigación, el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo), junto a la antigua AFSCA (Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual) presentaron el informe “La Salud Mental en los medios de comunicación audiovisual. Aproximaciones sobre el tratamiento de salud mental en

las señales informativas de la T.V por cable"[5], con el objetivo de analizar las construcciones de algunos de los discursos audiovisuales en torno a la salud mental y a partir de ello proponer líneas de acción para una representación no estigmatizante que respete los derechos de las personas con padecimiento mental. Sería interesante poder ampliar estos análisis para poder poner en cuestión dichos discursos y ampliar las propuestas de líneas de acción enmarcadas en una perspectiva de derechos.

[5] El informe fue presentado en enero de 2016.

6.3 La mirada comunicacional: El aporte de la comunicación al proceso de desmanicomializacion.

La presente tesina surge de una pregunta inicial, que ha permitido aportar a la construcción del problema de investigación: ¿Qué puede aportar la comunicación al proceso de desmanicomializacion? La posibilidad de dar algunas respuestas a ese interrogante ha sido abordada a lo largo de este trabajo.

La construcción del objeto de estudio, como hemos abordado en el apartado anterior, ha requerido de redefiniciones y re direccionamientos a lo largo del proceso. El análisis de la implementación de una determinada legislación puede encararse desde diversas aristas, por lo tanto un desafío fundamental del presente trabajo ha sido para mí desarrollar una mirada comunicacional sobre el proceso de implementación de la ley. Abordar la comunicación como proceso y estrategia, es decir, comprender las dimensiones de la comunicación en tanto herramienta, como así también recuperar su dimensión más procesual ha permitido dar algunas respuestas a la pregunta original de este trabajo. A lo largo de nuestra formación hemos puesto en dialogo estas dos aristas de la comunicación. Comprender que la difusión de información es necesaria, pero no suficiente para llevar adelante procesos transformadores nos permite poner en primer plano las disputas de sentido, las relaciones de poder, que se despliegan en distintos campos, no solo en este. A lo largo nuestra formación hemos adquirido herramientas que nos permiten desarrollar una mirada crítica sobe los discursos anquilosados, encontrando puntos de inflexión y intersticios que nos permitan instalar debates necesarios. Pero además, mi paso por la carrera me ha permitido poner en primer plano la perspectiva de derechos. La comunicación, al igual que la salud, es un derecho de toda la sociedad, entender a los usuarios de la salud, como así también a los trabajadores, como sujetos de derecho implica recuperar la dimensión no solo crítica, sino además política de los procesos de salud/enfermedad/atención.

La LNSM sienta las bases para un proceso de desmanicomializacion tendiente a romper con la lógica de encierro y aislamiento a la que se encuentran sometidos los usuarios de salud afectados en esta materia. En este sentido, promueve una mirada amplia de la salud mental, entendiéndola como un proceso atravesado por componentes culturales, históricos, sociales, económicos, y no solo biológicos o psicológicos. Por lo tanto, generar políticas públicas de salud mental no puede ni deben agotarse en lineamientos clínicos. Pero la ley, como hemos señalado, es un punto de partida, no de

llegada. Por lo tanto, se abre el campo para pensar el aporte de la comunicación en la plena implementación de la ley vigente.

La necesidad de contar con una política de comunicación institucional a nivel macro y micro se vuelve central a la hora de garantizar el acceso a la información por parte de todos los usuarios. Por otro lado, es importante retomar la dimensión procesual de la comunicación y generar a partir de este campo espacios de intercambio y debate, que posibiliten la participación genuina de todos los actores, y que se desplieguen en diversos planos disputando agendas ciudadanas, mediáticas y publicas, y vehiculizando sentidos que no estigmaticen ni reproduzcan miradas sesgadas sobre los padecimientos mentales. Es menester que estas discusiones también se den en todos los planos, incluso al interior de los espacios institucionales donde los profesionales desarrollan sus tareas cotidianas, y también en los espacios de formación. Por último, retomar la comunicación como estrategia central a la hora de generar una red de intercambio institucional, intersectorial y multiactoral que permita el intercambio democrático entre los diversos actores que se inscriben en el campo y cotidianamente circulan por las instituciones públicas de salud.

Todas estas aristas nos permiten revitalizar la dimensión estratégica de la comunicación en el ámbito de las políticas públicas, introduciendo cambios en diversos niveles interconectados, y dar algunas respuestas a nuestra pregunta inicial, dando cuenta de los aportes que desde nuestro campo se pueden realizar al proceso de desmanicomializacion.

BIBLIOGRAFIA

- Alberdi, José María (2012) “Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe” en Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social. Año 2, N° 4. UBA. Buenos Aires
- Araujo, I. S.; Cuberli, M. Comunicación y Salud (2015): “Un campo en permanente movimiento” In: Cesar Bolaño; Delia Crovi Druetta; Gustavo Cimadevilla. (Org.). La contribución de América Latina al campo de la comunicación - Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación. 1ed.Buenos Aires: Editorial Prometeo, v. 1, p. 338-390.
- Ardilla, Sara y Galende, Emiliano (2011) “El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria” en Salud Mental y Comunidad, Año 1, Revista N° 1. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Barbero, Jesús Martín (2003): “De los medios a las mediaciones”. Convenio Andrés Bello, Bogotá. Quinta edición.
- Basaglia, Franco (2008) “La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”. Buenos Aires, Editorial Topia
- Beltrán, Luis Ramiro (1998): COMUNICACIÓN PARA LA SALUD DEL PUEBLO: Una revisión de conceptos básicos. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Bonazzola, P (2010); “Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio”; Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre (1995) “La lógica de los campos” en Bourdieu, P. y L. Wacquant en Respuestas. Por una antropología reflexiva, México, Grijalbo.
- Brunetti, Marcela (2011). El trabajo interdisciplinario a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. III Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bruno, Daniela (2012): "Comunicación y políticas públicas en la Argentina Pos neoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada" en Revista Question. Volumen 1- N° 34, pp. 14-22.

- Cohen, Hugo y Natella, Graciela (2013) “La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro” Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Cuberli Milca (2008): “Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción”. Revista Question, número 18 - otoño 2008, sección Ensayo. ISSN 1669-6581
- Demasi, Ángela Andrea (2011) “Emprendimientos sociales de salud mental. Ensayo sobre una práctica antimanicomial como forma de resistencia de las personas con padecimiento mental”
- Elichiry Nora (2009) Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9).
- Elvira, Mirta Susana (2012) “Participación en la salud mental comunitaria” en Salud Mental y Comunidad, Año 2, Revista N° 2. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1989). “Vigilar y castigar” Siglo XXI. México.
- Fernández, Lidia (1994) “Las instituciones, protección y sufrimiento” en *Instituciones educativas, Dinámicas institucionales en situaciones críticas,* Editorial Paidos, México.
- Foucault, M. (1970) Arqueología del saber, Siglo XXI, México. “Introducción”; cap I.. “Las formaciones discursivas”; 3.
- Gabay, Pablo Miguel y Fernández Bruno, Mónica D. (2009) “Alternativas a la hospitalización crónica” en Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XX, pág. 268-281, Buenos Aires.
- Galende, Emiliano (2008) “Desmanicomialización institucional y subjetiva” en Psicoanálisis- Vol. XXX- N° 2/3, pp. 395-427.
- Glaser B. G. & Strauss, A. L. (1967): *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York. Aldine
- Goffman, Erving (1970) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales,* Amorrortu, Buenos Aires, 1970.
- Grisel Adissi (2013) “Reveces del Derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs”
- Lacan, J. (1975) “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud” en Escritos II, Siglo XXI, México.

- Lemus J.D (1990) "Capacitación - acción en epidemiologia. Experiencia en el sistema de servicios sociales de salud comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires" Educac Med Salud 1990, 24(3): 260-279
- Lois, Ianina (2013) "Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud" X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinaria en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani (FCS/UBA). Buenos Aires.
- Lopez Santi, Maria Cecilia (2011) "Del hospital Psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria" en Salud Mental y Comunidad, Año 1, Revista N° 1. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Malito Romina, Paso Anabel y Terziotti María Cecilia (2014) "La experiencia del frente de artistas del Borda. "Locos son los que encierran". Análisis comunicacional de los procesos de desmanicomialización en el hospital José Tiburcio Borda"
- Marradi Alberto, Archenti Nélida y Piovani Juan Ignacio (2007) "Metodología de las ciencias sociales" Emecé Editores, Buenos Aires.
- Massoni, Sandra (2000): "Estrategias de comunicación: tiempo de investigarnos vivos" en Comunicación y sociedad (DECS, Universidad de Guadalajra), núm. 37, enero-junio 2000, pp. 87-109
- Menéndez Eduardo L. (2003): "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en *Ciênc. saúde coletiva*. Vol.8, n.1, pp.185-207
- Menéndez Eduardo L. (1998): "Modelo médico hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria en Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988. Pág. 451-464
- Moffatt, Alfredo (1974) "Psicoterapia del oprimido". Editorial Humanitas Buenos Aires.
- Muntaabski, G.; Chera, S.; Daverio, S. y Duré, I. (2001). El plan de atención primaria de la salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de http://www.redadultosmayores.com.ar/ buscador/files/ARGEN010.pdf

- Petracci Mónica, Cuberli Milca y Palopoli Andrea (2010): "Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica". Premio del COMITÉ ARGENTINO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA POBLACIÓN CAESPO 2010. Concurso: "Determinantes de salud, educación y promoción de la salud". Buenos Aires.
- Rodríguez Gabarrón, Luis (2004) "Investigación participativa; metodología para la atención primaria en salud mental comunitaria". Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, México.
- Rosendo, Ernestina (2009) "Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses (corporativos y profesionales) y la regulación de las prácticas profesionales. El caso de la Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Trabajo presentado en las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires.
- Rovere, M.(2006) Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Segunda Edición corregida y aumentada. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte".
- Rovere M, Abranzon M. (2005) Recursos Humanos en Salud. Base para una agenda impostergable Buenos Aires:OPS/OMS
- Rovere Mario (2012): "Atención primaria de la salud en debate". Saúde Em debate. Revista do centro brasileiro de estudos de saúde. Rio de Janeiro; 36 (94): 327 – 343.
- Siculer Susana, Barraco Angel, Zito Lema Vicente y Sava Alfredo (2008) "Interdisciplina y desmanicomialización" en Psicoanálisis- Vol. XXX- N° 2/3- 2008- pp. 429-453
- Stolkiner, Alicia (1987) "De interdisciplinas e indisciplinas" del libro El Niño y la Escuela- Reflexiones sobre lo obvio. Comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia (1988) "Practicas en salud mental" Rev, Investigación y Educación en enfermería. Vol. VI N° 1, Marzo de 1988, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Stolkiner, Alicia (1999) "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas" Revista Campo Psi-Revista de información especializada" Año 3, N° 10, Abril de 1999, Rosario (acceso: www.campopsi.com)

- Stolkiner, Alicia (1999) “Equipos interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de inter-saberes?” Revista Campo Psi-Revista de información especializada” Año 3, N° 12, Agosto de 1999, Rosario (acceso: www.campopsi.com)
- Stolkiner, A. (2005) "Interdisciplina y Salud Mental" Ix Jornadas Nacionales De Salud Mental I Jornadas Provinciales De Psicología Salud Mental Y Mundialización: Estrategias Posibles En La Argentina De Hoy. Posadas · Misiones · Argentina
- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación - La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidos.
- Testa, Mario (1996): “Atención ¿Primaria o Primitiva? De Salud” en Pensar Salud, Lugar Editorial, Buenos Aires
- Ulloa, Fernando (1969) “Psicología de las instituciones, una aproximación psicoanalítica” en Revista de Psicoanálisis Vol XXVI. Buenos Aires: APA
- Wagner de Sousa Campos, G (1997) “La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”. Texto disponible en internet.
- Zito Lema, Vicente (1985) “Conversaciones con Enrique Pichon Riviere. Sobre el arte y la locura” Buenos Aires. Ediciones cinco.

Normativas y declaraciones consultadas

- Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
- Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, 21 noviembre de 1986.
- Declaración de Caracas. Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. OPS/OMS, nov 1990.
- Organización Mundial de la Salud (2001) "Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas"
  Principios de Brasilia, 2005.
- Ley Nº 153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 25 de febrero de 1999. Ley de salud mental 44

- Ley Nº 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, Argentina, 25 de noviembre de 2010.
- Ley Nº 448, Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2000.
- Decreto 635/2004 (CABA)
- Decreto 1551/2006 (CABA)

ANEXO

Guía de preguntas:

Duración de la entrevista: (desde /hasta)

FECHA

LUGAR:

SEXO:

FORMACIÓN

Introductorias:

- ¿Quiénes conforman el equipo de salud mental?
- ¿Cuál es tu trabajo cotidiano?
- A partir de la ley de Salud Mental de CABA ¿has experimentado alguna transformación en las prácticas del equipo? ¿y a partir de la Ley Nacional? ¿Cuáles?/ ¿Por qué no?
- ¿Cómo describirías un proceso de desmanicomialización según tu criterio?

Objetivo 1: Conocer los limites y potencialidades del trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental

- ¿Qué relación mantienen con otros equipos del hospital/centro de salud?
- ¿Dirías que existe hoy en día un trabajo interdisciplinario? ¿Cómo se da?/¿Por qué no se da?
- La ley hace referencia a esto ¿Cómo seria para vos ese trabajo interdisciplinario, como debería desarrollarse? ¿Con que profesionales debería contar? ¿Qué aportaría cada disciplina?

Objetivo 2: Conocer los limites y potencialidades en la implementación de las practicas comunitarias en las políticas de desmanicomialización en CABA

- ¿Se realizan actividades, desde el equipo, que involucren a la comunidad? ¿Cuáles son?/ ¿Por qué no?

- ¿Crees que serviría realizar este tipo de actividades? ¿Cómo las imaginas? ¿Quién las llevaría adelante?
- ¿Se realiza trabajo de prevención y promoción en relación a la salud mental? ¿Cómo se lleva adelante, con que practicas? / ¿Por qué no? ¿Cómo sería un trabajo de estas características?

Objetivo 3: Indagar la visión de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios sobre las prácticas de comunicación comunitaria en el marco de proceso de desmanicomialización

- ¿Qué rol te parece que debería ocupar la comunicación en un proceso de desmanicomialización?
- En relación al trabajo con la comunidad en un proceso de desmanicomialización, ¿Cómo definirías a la comunicación comunitaria?
- ¿Cómo se dan hoy esas prácticas de comunicación con la comunidad desde una perspectiva desmanicomializadora? ¿Cómo crees que deberían darse?